

**DE LA FIÈVRE**  
**DANS LE**  
**CANCER DE L'ESTOMAC**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

**A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON**

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1893

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**ALPHONSE-GABRIEL GARCIN**

Né le 13 Décembre 1863, à Lyon (Rhône)

Docteur ès Sciences Naturelles, Pharmacien de 1<sup>re</sup> Classe  
Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon  
Ex-Préparateur à la Faculté des Sciences



**LYON**

**ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE**

**4, RUE GENTIL, 4**

**Mars 1893**



DE LA FIÈVRE  
DANS LE  
CANCER DE L'ESTOMAC

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Mars 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE-GABRIEL GARCIN

Né le 13 Décembre 1863, à Lyon (Rhône)

Docteur ès Sciences Naturelles, Pharmacien de 1<sup>re</sup> Classe  
Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon  
Ex-Préparateur à la Faculté des Sciences



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1893

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
GAYET. . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

## PROFESSEURS

|                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Cliniques médicales.. . . .                              | { MM. LÉPINE.       |
|                                                          | BONDET.             |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | { OLLIER.           |
|                                                          | PONCET.             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | FOCHIER.            |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        | GAYET.              |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON.          |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  | PIERRET.            |
| Physique médicale. . . . .                               | MONOYER.            |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               | HUGOUNENQ           |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 | CAZENEUVE.          |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  | FLORENCE            |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   | LORTET.             |
| Anatomie. . . . .                                        | TESTUT.             |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 | RENAUT.             |
| Physiologie. . . . .                                     | MORAT.              |
| Pathologie interne. . . . .                              | J. TEISSIER.        |
| Pathologie externe. . . . .                              | BERNE.              |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           | MAYET.              |
| Anatomie pathologique. . . . .                           | TRIPPIER (RAYMOND). |
| Médecine opératoire. . . . .                             | X.                  |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              | ARLOING.            |
| Médecine légale. . . . .                                 | LACASSAGNE.         |
| Hygiène. . . . .                                         | ROLLET.             |
| Thérapeutique. . . . .                                   | SOULIER.            |
| Pharmacie. . . . .                                       | CROLAS.             |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. . . . . LAROYENNE.

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                             |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|
| Clinique des Maladies des Enfants . . . . . | MM. PERRET, <i>agré.</i> |
| Accouchements. . . . .                      | POLLOSSON, —             |
| Botanique. . . . .                          | BEAUVISAGE. —            |

## AGRÉGÉS

|                |              |                  |                                     |
|----------------|--------------|------------------|-------------------------------------|
| MM. AUGAGNEUR. | MM. DIDELOT. | MM. POLLOSSON.   | MM. ROUX.                           |
| BEAUVISAGE.    | GANGOLPHE.   | ROCHET.          | VIALLETON.                          |
| CONDAMIN       | JABOULAY.    | RODET.           | WEILL.                              |
| COURMONT.      | LANNOIS.     | ROLLET (ÉTIENNE) | BOUVEAULT,                          |
| DEROIDE.       | PERRET.      | ROQUE.           | <i>chargé des fonctions d'agré.</i> |
| DEVIC          | LINOSSIER.   |                  |                                     |

M. ÉTIÉVANT, *Secrétaire*

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BONDET, *Président*; M. MAYET, *Assesseur*; MM. DEVIC et POLLOSSON, *Agrégés*.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A M<sup>R</sup> ET M<sup>LLE</sup> ARNAL

Souvenir à des amis qui ont été pour moi une seconde famille.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONDET

A MONSIEUR E. DEVIC

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

SOUVENIR AMICAL ET RECONNAISSANT

## INTRODUCTION

---

Le cancer est une maladie apyrétique. Cette affirmation est, en général, tellement peu contestée par les médecins que, s'ils observent dans le cours de cette affection des symptômes fébriles, il les mettent immédiatement sur le compte d'un processus morbide intercurrent.

De fait, il en est généralement ainsi et nous avons souvent, dans le cours de nos recherches, constaté, après bien d'autres, la coexistence du cancer et d'une foule d'autres affections (tuberculose, rhumatisme, fièvre typhoïde, grippe, érysipèle, etc.).

Est-ce à dire que la diathèse cancéreuse elle-même ne puisse amener une élévation notable de température. Sur ce point les avis sont partagés.

Plusieurs savants et des plus distingués, nient d'une façon absolue le pouvoir pyrétogène du cancer.

Luton (Art. CANCER du *Dictionnaire de chirurgie et de médecine*) dit textuellement :

« La fièvre n'est pas un symptôme propre du cancer ; lorsqu'elle s'allume, on doit toujours supposer quelques complications. »

Leube (*Ziemmsen Handbuch*), doute de son existence. Wunderlich, Woodman sont exactement du même avis.

Écoutons encore ce que dit à ce sujet Thaon <sup>1</sup>.

« Cette malignité (celle du cancer) s'exerce sans fièvre aucune ; cela éloigne le cancer de la tuberculose de laquelle on a voulu si souvent le rapprocher. »

Et plus loin :

« Le cancer le plus avancé ne donne même pas lieu à la fièvre hectique véritable. Pendant qu'on voit le pouls s'élever à 120, 140, 150 pulsations, la température reste normale. *Cette opposition entre les deux principaux signes de la fièvre est même si fréquente que nous sommes tentés d'en faire un des caractères du cancer arrivé à une période avancée.* »

Les adversaires de cette opinion ne sont pas moins affirmatifs. « Les symptômes fébriles, dit Brinton, accompagnent le cancer de l'estomac bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement.

« Dans le cancer ulcéré, dit Henocque, il peut surve-

<sup>1</sup> *Nice médical*, n° 1, 1876

nir des accès fébriles dont la marche rappelle celle de l'infection putride. »

Albert Mathieu<sup>1</sup> est aussi de cet avis : « Dans le courant du cancer, il peut se produire de la fièvre sans généralisation ni maladie. »

Les observations que nous publions et surtout celles si démonstratives de Murchison, d'Hampeln, de Ricklin, de Devic et Chatin montre qu'il y a bien des chances pour que cette dernière opinion soit l'expression de la vérité.

Il n'est point difficile de trouver la raison d'un désaccord aussi complet : c'est le manque d'observations précises avec tracés. Nous avons pu nous en convaincre nous-même en lisant un grand nombre d'observations cependant très soigneusement prises à tout autre égard.

Il entre tellement dans les connaissances médicales que le cancer est une maladie apyrétique, que le diagnostic une fois établi, on néglige *volontairement* de prendre la température du patient, pensant qu'il est tout au moins inutile de lui occasionner de ce fait, un dérangement désagréable et sans but.

Ainsi, dans un seul service hospitalier où j'ai relevé soixante-seize cas de carcinose de l'estomac, la température n'était indiquée que six fois.

Plusieurs cas, fort intéressants, pour lesquels j'ai trouvé des tracés exacts appartenaient à des malades porteurs de

<sup>1</sup> *Traité de médecine*, de Charcot et Bouchard. — *Maladies de l'estomac*, par Albert Mathieu.

cancers latents, chez lesquels le diagnostic était presque impossible et n'avait été porté qu'à l'autopsie.

Depuis longtemps déjà Ricklin l'avait remarqué. Il montre que des malades traités par les meilleures praticiens pour de l'anémie pernicieuse n'étaient autres que des cancéreux de l'estomac chez qui la fièvre s'était allumée. MM. Devic et Chatin ont bien mis en lumière cette lacune. « Il faudrait des statistiques portant sur un grand nombre de cas. » C'est le but que nous avons cherché à atteindre.

La fièvre, essentiellement due au cancer, peut se subdiviser en deux formes qui semblent au premier abord bien distinctes, mais qui cependant se relient insensiblement : dans l'une, il se fait une généralisation de la diathèse (péritonite, pleurésie, périhépatite, méningite cancéreuse, etc.) ; dans la seconde, nous ne trouvons aucune généralisation *apparente*.

Je dis apparente, car il est bien probable que lorsque la fièvre s'allume, le sang et les éléments anatomiques sont imprégnés des produits cancéreux, et que si nous ne voyons pas de néoplasmes secondaires, ce n'est qu'une question de degré, de temps, ou de résistance spéciale des éléments. La fièvre se présente avec des modalités bien différentes, elle est peu intense, ou au contraire violente, continue, rémittente ou intermittente, simulant la fièvre typhoïde, la septicémie ou la pyohémie. Ajoutons ce que nous avons déjà fait remarquer, et qui embarrasse

singulièrement le diagnostic, que ces maladies peuvent compliquer le cancer.

Nous terminerons par un coup d'œil rapide sur ces cas curieux de coma cancéreux, simulant à s'y méprendre le coma diabétique, et que von Jacksh a bien mis en lumière.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans notre sujet, de remercier ici vivement les maîtres qui, soit dans les hôpitaux, soit à la Faculté, nous ont témoigné une bienveillance dont nous leur sommes profondément reconnaissant.

Que MM. Bouveret, Clément, Roques trouvent ici le témoignage de notre inaltérable gratitude.

M. le professeur agrégé Devic a été pour nous un guide et un ami ; nous n'oublierons jamais les services qu'il n'a cessé de nous rendre.

M. le professeur Bondet nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous sommes heureux de lui dédier ce travail ; qu'il veuille bien l'accepter comme un gage de notre respectueuse reconnaissance.

---



# DE LA FIÈVRE

DANS

## LE CANCER DE L'ESTOMAC

---

### CHAPITRE PREMIER

#### **Élévations de température dues à des maladies intercurrentes.**

Cette cause de pyrexie est assez fréquente ; la coexistence ou l'antagonisme du cancer et de la tuberculose ont passionné pendant plusieurs années le monde médical.

Aujourd'hui la cause est jugée, et si nous nous permettons de revenir sur ce sujet, c'est que nous désirons étudier d'une façon aussi complète que possible les complications pyrétogènes de la diathèse cancéreuse ; c'est donc par la tuberculose que nous débiterons dans cet examen.

C'est Rokitanski qui, le premier imagina de poser en principe absolu l'antagonisme de la tuberculose et du cancer ; Barth soutint la même idée, et pendant un temps cette doctrine prévalut.

Broca, s'éleva bientôt vivement contre cette théorie, et montra par une statistique rigoureuse, que sur 100 cancéreux, il se trouvait en moyenne 11 tuberculeux.

Lebert, Gouin (Thèse de Paris, 1888), Behier, Crozet, Hardy, Germain Sée se rallièrent à l'opinion de Broca; Burdel la poussant à l'extrême, alla jusqu'à dire : « Ce n'est pas assez que de dire que le cancer transmet le cancer, le cancer produit le tubercule en nature. » Idée bien osée et qui n'a pas résisté à la saine observation des faits cliniques.

La vérité est que la coexistence du cancer et de la tuberculose est relativement rare; cela tient évidemment à ce que la première de ces maladies se développe presque exclusivement chez les vieillards; chez ces derniers, au contraire, la tuberculose est peu fréquente.

Néanmoins, on comprend fort bien que le cancer crée un *locus minoris resistentiæ*, terrain éminemment favorable au développement des tubercules.

Quoi qu'il en soit, nous avons mis à contribution 410 cas de cancer, et 39 fois nous avons constaté la coexistence de la tuberculose.

Lebert donne sur 100 cancéreux, 8 tuberculeux.

Le Goupils (thèse de Paris), sur 632 cancéreux, 53 tuberculeux.

Si nous faisons l'addition de tous ces malades, nous arrivons à constater juste 100 cas de coexistence de cancer et de tubercules, sur 1442 cancéreux.

Ce qui fait une moyenne de 11 à 12 pour 100.

Le carcinome du pylore est celui qui, *toute proportion gardée*, provoque le plus souvent la tuberculose.

Quoi qu'il en soit de ces statistiques et pour en revenir à notre sujet, la tuberculose évolue pour son propre compte et amène la fièvre comme si elle était seule. Sur nos 39 cas de tuberculeux cancéreux, nous avons constaté

7 fois des mouvements fébriles des plus nets, affectant la forme coutumière à la phtisie.

Nous n'avons pas cru devoir reproduire ici d'observation de ces faits, de nombreux exemples s'en trouvent un peu partout.

Une seconde complication a été rencontrée 5 fois par nous, c'est l'érysipèle : en voici un exemple fort net.

#### OBSERVATION I

C..., Julie, âgée de quarante-cinq ans, ménagère, entrée le 3 mars salle des Troisièmes-Femmes, décédée le 26 mars 1886 (*résumée*).

A son arrivée, tous les signes du cancer de l'estomac ; on diagnostique cette maladie ; le 22, elle est prise tout à coup de fièvre, frissons, sueurs ; elle accuse un malaise général : la température rectale est de 40°,2. En même temps apparaît un érysipèle de la face.

Le 23, la température est de 40 degrés, l'érysipèle s'est étendu, la malade délire.

Le 24. — On constate sur le tronc une autre plaque d'érysipèle. Température, 40°,6.

Le 25. — L'érysipèle thoracique s'est étendu ; la malade délire toujours ; température, 39°,8.

Le 26, au matin, mort.

*Autopsie.* — Pas de traces d'épanchement dans le thorax. Le poumon et le cœur n'ont rien de particulier. Le foie est gros et recouvre à peu près complètement l'estomac qui est comme rétracté ; il existe au niveau de la petite courbure une large plaque cancéreuse d'un centimètre et demi d'épaisseur ; elle adhère intimement au foie. Généralisation cancéreuse nodulaire au foie et aux ganglions du mésentère.

Une troisième complication est l'ulcère simple de l'esto-

mac qui coexistent, ainsi qu'on le sait, quelquefois avec le cancer peut amener par perforation une péritonite avec tous ses symptômes fébriles.

Une cause assez fréquente et bien distincte du cancer, vise les suppurations diverses qui n'ont aucun lien avec la généralisation cancéreuse.

Tel est le cas d'hygroma suppuré dont nous rapportons ici l'observation.

#### OBSERVATION II

P..., Joseph, né à Amplepuis, journalier, âgé de cinquante-quatre ans, entré le 23 septembre 1891, salle Sainte-Jeanne, passé en chirurgie le 27.

Père mort à soixante-quinze ans, mère morte de maladie inconnue. Il exerce la profession de manoeuvre, depuis dix mois il a cessé de travailler ; à vingt-cinq a eu la fièvre typhoïde dont il se remit difficilement. En 1871, il prit une bronchite qui n'a jamais cessé ; l'hiver dernier, il a dû garder le lit pendant trois semaines. Actuellement, le malade se plaint de douleurs dans le creux de l'estomac. Depuis six mois, il ne peut supporter que le lait.

25 septembre. — Actuellement, on ne sent pas de néoplasme de l'estomac, mais une dilatation avec flot stomacal et sténose du pylore.

Tout à coup la température aujourd'hui s'est élevée à 40°, 2. Nous ne savons à quoi rattacher cet accès de fièvre. Il a eu des vomissements dans la matinée.

26 septembre. — La température est tombée à 39°, 2.

27 septembre. — Hématémèse violente, le malade est prostré ; il ne peut supporter aucune nourriture.

Flot stomacal très marqué.

28 septembre. — Le malade a eu un vomissement marc de

café copieux. Son teint est jaune paille ; quoiqu'on ne sente pas la tumeur, il semble qu'on puisse affirmer le néoplasme.

15 décembre. — Le malade montre en avant de ses deux rotules un gonflement inflammatoire ; la température s'élève à 39°,5.

25 décembre. — La collection a augmenté, la fièvre se maintient, le gonflement noté plus haut est bien une collection purulente (ponction), appartenant à la bourse prérotulienne.

27 décembre. — Envoyé en chirurgie.

3 février. — Le malade revient ; la cachexie a augmenté ; le malade vomit abondamment ; température normale. Mort.

*Autopsie.* — On trouve un cancer du pylore sans généralisation ni au foie, ni au péritoine, *sauf à l'épiploon gastrohépatique* qui est infiltré.

On remarquera en même temps que un mois avant son hygroma le malade fut pris d'un accès fébrile intense mais qui dura peu. Le chef de service, M. le Dr Clément, fut frappé de ce fait et fit inscrire sur l'observation cette annotation : « Nous ne savons à quoi rattacher cette élévation de température. » Ce cas ne rentrerait-il pas dans les faits cités par M. le Dr Debelut dans sa thèse et dont nous parlerons plus loin, sous le nom de complications dues à des péritonites partielles.

Nous avons vu, dans le service de M. Tessier, salle Montazet, une malade manifestement cancéreuse de l'estomac, qui fut prise à un certain moment d'une fièvre intense, due à une grippe qu'elle avait contractée dans le service.

Une malade du Dr Bard, salle Sainte-Marie, ayant présenté des troubles digestifs, fut prise de fièvre et mourut avec des symptômes méningitiques. A l'autopsie on trouva en effet un cancer de l'estomac propagé aux méninges et au péritoine.

Une malade dont nous relatons plus loin longuement l'observation, semble bien avoir présenté, en même temps

que le cancer, une fièvre typhoïde qui évolua en trois septénaires avec les symptômes classiques (elle présentait une rate énorme. La malade guérit de sa fièvre typhoïde, mais mourut quelque temps après de son affection gastrique.

Enfin, nous avons relaté, dans les auteurs, deux observations de rhumatisme aigu fébrile, coïncidant avec le cancer.

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ce sujet, les maladies qui peuvent évoluer simultanément avec le cancer chez un même individu peuvent être fort diverses : il suffit de les signaler.

---

## CHAPITRE II

### Élévation de température due au cancer lui-même.

Le cancer peut produire la fièvre de diverses manières : soit par action mécanique en gênant par la tumeur principale ou les noyaux secondaires l'accomplissement d'une fonction physiologique (obstruction du pylore, obstruction de la veine-porte), soit par action irritative (inflammation autour des noyaux secondaires), soit en versant dans le torrent circulatoire des produits toxiques.

Ces derniers sont parfois élaborés simplement au contact de la tumeur comme la septicémie dans les cancers ulcérés ; mais parfois aussi la température s'élève et l'on ne trouve aucune trace de septicémie ni de pyohémie ; force nous est donc de considérer jusqu'à nouvel ordre cet empoisonnement comme produit par la tumeur elle-même : c'est à ce dernier type fébrile que nous donnerons le nom de *fièvre essentielle* ; le premier recevra le nom de *fièvre de complication*. Nous les étudierons successivement dans deux paragraphes différents.

### I. Fièvre de complication.

Une néoplasie cancéreuse affectant primitivement l'estomac peut développer des lésions inflammatoires à distance dans les divers organes de l'économie. Pour mettre un peu d'ordre dans notre étude, nous diviserons par régions les complications survenues et nous étudierons successivement celles :

- 1° De l'appareil pulmonaire.
- 2° Du péritoine et des séreuses;
- 3 Du foie et de la rate;
- 4° Du cœur et des vaisseaux;
- 5° Du cerveau.

#### I. LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DE L'APPAREIL PULMONAIRE.

— Nous éliminons immédiatement les tubercules que nous avons étudiés au chapitre précédent; la transformation du tubercule en cancer est une utopie à laquelle personne ne croit plus; ce n'est donc qu'une maladie intercurrente et n'ayant de dépendance que par suite de l'excellence du terrain que la cachexie cancéreuse crée au développement de la bacillose.

Pierre (Thèse de Paris 1888) s'est occupé de cette question et c'est à son mémoire que nous emprunterons une partie de cette étude.

Lebert avait déjà vu qu'à la suite de la carcinose stomacale les organes de la respiration étaient souvent frappés de complications; sur une statistique de 54 cas, il a trouvé 27 fois des lésions pleuropulmonaires consécutives;

Brinton, Luton et Hayem avait également signalé ces faits.

Pierre a relevé 143 observations de cancer de l'estomac sans tubercules qu'il répartit ainsi :

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Pas de lésions pleuropulmonaires. . . . . | 75 |
| Bronchites. . . . .                       | 33 |
| Pleurésies. . . . .                       | 19 |
| Bronchopneumonies et pneumonies. . . . .  | 16 |

Notre statistique donne un nombre un peu plus faible sur 222 cas.

|                                           |         |
|-------------------------------------------|---------|
| Pas de lésions pleuropulmonaires. . . . . | 187 cas |
| Pleurésie. . . . .                        | 9 —     |
| Bronchopneumonie et pneumonie. . . . .    | 23 —    |
| Bronchite avec fièvre. . . . .            | 3 —     |

La bronchite est assez peu souvent fébrile ; ainsi dans la thèse de Pierre où sont relatés six cas de cancer avec bronchite, deux observations seulement montrent un état pyrétique.

Dans l'*observation n° 2*, la bronchite était très intense ; le malade eut un frisson et la température se maintint élevée,

Dans l'*observation n° 3*, nous trouvons un fait des plus intéressants en ce sens que le type fébrile est bien net.

Le malade était entré à l'hôpital pour une bronchite intense, rebelle à tout traitement. La température se maintenait au voisinage de 40 degrés. Le malade succomba et l'on trouva une lésion bien localisée. C'était un cancer de l'estomac non généralisé et gros comme un œuf de pigeon. Le pylore était libre ; c'était un cas du type appelé : cancer latent de l'estomac.

Dans nos deux observations, nous avons trouvé à l'autopsie un peu de généralisation péritonéale ; ces cas sont donc moins nets que ceux de Pierre.

*Pleurésie.* — La pleurésie consécutive au cancer reconnaît deux mécanismes.

L'un est le résultat de la généralisation cancéreuse, on ouvre la plèvre et on la trouve farcie de nodosités néoplasiques ; le liquide épanché est roussâtre et hémorragique : l'étiologie de ce type est des plus nettes.

L'autre, à l'autopsie, montre une plèvre enflammée, mais il est absolument impossible d'y découvrir des nodosités cancéreuses. Le liquide épanché est citrin, il renferme abondamment de la fibrine ; dans le liquide hémorragique du premier, on n'en rencontre pas. Ici la pathogénie est des plus obscures ; avons-nous affaire à une maladie intercurrente ? C'est peu probable, vu la fréquence de cette forme dans la diathèse cancéreuse. On pourrait supposer que des substances diverses, soit les détritux cancéreux, soit les produits de résorption ont sur les terminaisons stomacales du sympathique et du pneumogastrique, une action irritative amenant l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, cette dernière sorte de pleurésie s'accompagne généralement de fièvre, mais peu intense (38° à 38°5) ainsi que le montre fort bien les observations de Pierre et nos recherches personnelles.

Enfin la pleurésie peut être purulente et entraîner alors toutes les conséquences de cette affection.

L'observation XX de la thèse de Pierre en est un exemple. Nous reviendrons, d'ailleurs, dans le paragraphe II sur les complications pyohémiques.

La congestion pulmonaire se produit assez souvent. Nous n'en avons pas remarqué pour notre compte ; mais l'observation XV de la thèse de Pierre en est un exemple.

Enfin l'observation XX du même auteur est relative à un hydrothorax ; nous n'en avons pas observé de cas.

La pneumonie est une complication relativement fréquente ainsi la bronchopneumonie, puisqu'on la voit figurer pour 16 cas dans la statistique de Pierre et pour 23 dans la nôtre.

Nous pourrions répéter ici la distinction que nous introduisons relativement à la pleurésie.

Qu'on veuille bien lire l'observation X de Pierre et l'on verra un cas de cancer avec fièvre et pneumonie. A l'autopsie, on rencontre une lésion pneumonique bien franche : le poumon ne présentait ni granulations, ni traces de néoplasme. Encore une fois, avons-nous affaire à une maladie intercurrente ou à une lésion d'ordre réflexe comme certaines pneumonies bien étudiées par les physiologistes nous le montre ? c'est là une question entièrement à élucider.

II. LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DU PÉRITOINE. — Ici se dresse la question des péritonites qui joue, à notre avis, un grand rôle dans l'élévation de la température. Ce n'est point surtout les péritonites généralisées que nous visons, mais les péritonites localisées. Nous sommes convaincus que bon nombre d'élévations brusques de température qui se produisent à un certain moment de l'évolution du cancer et disparaissent ensuite sont dues à des lésions inflammatoires des territoires péritonéaux avoisinant l'estomac (épiploon gastro-hépatique ; épiploon gastro-splénique),

A l'autopsie, on rencontre, en effet fréquemment, sur ces parties de la séreuse péritonéale des noyaux de généralisation.

M. Délebut (thèse de Paris, 188 ) s'était déjà longuement appesanti sur ce sujet ; on retrouvera dans son travail plusieurs observations de péritonites adhésives bien localisées chez des cancéreux de l'estomac.

« On remarque, dit-il, surtout le soir une élévation de température bien marquée en même temps qu'une vive douleur dans la région enflammée ».

Courtois-Suffit<sup>1</sup> traitant des péritonites sus-ombilicales signale le cancer de l'estomac comme une de ses causes et ajoute : « La fièvre existe, la température s'élève à 38 et 39 degrés. »

D'autres fois le cancer se généralise à la majorité du péritoine ; cette lésion est des plus fréquentes, de nombreux noyaux secondaires sont semés sur toute la surface de la séreuse.

Dans un seul service, celui de M. le professeur agrégé Bard, sur quarante-trois cas de cancer examinés nous avons retrouvé huit fois cette lésion.

III. LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DU FOIE ET DE LA RATE. — Les lésions cancéreuses du foie et de la rate sont, en général, de même que celles de l'estomac, considérées comme apyrétiques, nous nous en occuperons dans le paragraphe suivant à l'article FIÈVRE ESSENTIELLE.

Qu'il nous suffise de citer : 1° les périhépatites cancé-

<sup>1</sup> *Traité de médecine* par Charcot et Bouchard ; *Maladies du péritoine*, par Courtois-Suffit.

reuses qui, ainsi que le dit Courtois-Suffit (*loc. cit.*), élèvent souvent la température à 39 degrés; 2° les pylephlébites. Les produits septiques, ainsi que nous le dirons plus loin, si souvent résorbés dans l'estomac et l'intestin, sont charriés par la veine porte et développent ainsi une pylephlébite irritative. De là élévation de température parfois considérable. La veine porte peut en outre être envahie par des masses cancéreuses ou obstruée par compression par une néoplasie voisine.

IV. LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DU CŒUR. — Nous trouvons dans les auteurs des cas assez nombreux de péricardite; un fait plus intéressant et assez rare, du moins rarement signalé, est la présence d'une endocardite cancéreuse. Von Jacksh en a publié un cas des plus nets et que nous transcrivons tout au long en nous occupant du coma cancéreux.

V. LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DES MÉNINGES. — La malade de Saint-Pothin, service de M. Bard, dont nous avons parlé plus haut est un exemple de méningite cancéreuse.

LÉSIONS PYRÉTOGÈNES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS. — Nous abordons ici un des points les plus délicats de notre sujet. C'est ici que devrait trouver place la discussion que nous aborderons dans le paragraphe suivant pour mieux permettre de saisir les faits. En groupant en un faisceau tous les cas fébriles qui semblent au premier abord causé par l'intoxication cancéreuse elle-même; en montrant qu'on peut en retrancher un grand nombre lorsqu'on va au fond des choses; en nous appesantissant sur

ceux qui semblent échapper à toute explication, nous pensons être plus clair et plus complet.

Quant à l'ulcère rond de l'estomac, soit qu'il précède, soit qu'il suive l'apparition du cancer nous pensons que ce n'est qu'une maladie intercurrente.

*Ictère.* — Dans un certain nombre de cancers fébriles de l'estomac, on ne trouve après l'observation la plus attentive d'autre complication qu'un ictère souvent intense. D'autres fois, je dirais même plus fréquemment, on voit des cancéreux avec ictère rester complètement apyrétiques.

Nous croyons en avoir trouvé une des raisons dans les faits suivants : si l'ictère est produit par un phénomène de compression, le malade reste ordinairement apyrétique ; s'il est dû aux produits septiques résorbés, il rentre dans le cadre des ictères infectieux et la température s'élève.

## II. Fièvre essentielle.

La fièvre essentielle, dans le cancer, est considérée à juste titre comme fort rare ; en parcourant minutieusement soit les journaux français et étrangers, soit les observations hospitalières, nous n'en avons réuni qu'un nombre de cas assez restreint. Cependant, et pour les raisons que nous avons déjà exposées, nous pensons qu'elle doit être moins exceptionnelle.

Certes, lorsqu'on a affaire à des pyrexies à grand fracas, comme dans l'observation de MM. Devic et Châtin, la fièvre ne peut guère être méconnue ; mais lorsqu'elle est moins

intense, les symptômes gastriques graves du cancer la masquent pour l'observateur.

Ce n'est point d'ailleurs l'estomac seul, dont les néoplasies~~es~~ cancéreuses peuvent provoquer une élévation de température; la question doit être élargie, aussi traitons-nous ici en même temps des cancers de divers organes.

Masters <sup>1</sup> signale une observation de cancer primitif de la tête du pancréas fort intéressante et des plus nettes.

*Le malade n'eut pas d'ictère*, pas d'albumine, pas de généralisation cancéreuse. Grand amaigrissement et perte des forces, teint cireux. Pas d'impaludisme. Il présenta une fièvre vive à type d'abord nettement intermittent qui devint ensuite rémittent.

Et. Rollet <sup>2</sup> a publié deux cas de cancer thyroïdien dont l'un d'eux présentait une forme fébrile : la température était de 39 degrés.

Murchison <sup>3</sup> a soulevé à la *Clinical Society* de Londres une discussion des plus intéressantes dont voici un extrait :

Le D<sup>r</sup> Murchison fait une communication sur un cas de cancer du foie avec pyrexie.

« Homme de trente-quatre ans, dont le cas montre bien, fait clinique important, que certains cancers peuvent être suivis d'une élévation de température. Il n'y a guère de cas connu de température dans le cancer. Wunderlich dit que l'élévation de température dans le cancer dépend

<sup>1</sup> *Med. et surg. rep.* (Philadelphie, juillet 1891).

<sup>2</sup> *Gazette médic.*, Paris.

<sup>3</sup> *Lancet*, 1875.

toujours de complications. Le Dr Woodmann a confirmé cette opinion et dit que dans cette affection la température ne sort guère des limites normales.

« Le patient est un charpentier qui, six semaines avant son admission à l'hôpital, à la suite de fatigues excessives, éprouva une vive douleur dans le testicule gauche. Aucun antécédent carcinomateux dans sa famille. Six semaines avant son admission, il commença également à souffrir dans l'hypocondre droit. Le foie augmenta rapidement et cette augmentation fut accompagnée de sueurs nocturnes et de beaucoup d'émaciation. A son admission, la température était de 101 degrés Fahrenheit. Il se plaignait de douleurs dans la région hépatique ; le foie descendait jusqu'à la crête iliaque et s'élevait à un pouce et demi au-dessous du mamelon.

Ni ictère, ni ascite. L'urine avait une densité de 1,018 et contenait un peu d'albumine. Le pouls était à 120.

« Le foie continua à grossir, les attaques de vomissements devenaient fréquentes. Les températures étaient les suivantes :

|            |       |                 |        |
|------------|-------|-----------------|--------|
| 6 novembre | soir. | . . . . .       | 101°,2 |
| 7          | —     | matin . . . . . | 101°,1 |
| 7          | —     | soir. . . . .   | 101°,3 |
| 8          | —     | matin . . . . . | 99°    |
| 8          | —     | soir. . . . .   | 101°,4 |
| 9          | —     | matin . . . . . | 98°,5  |
| 9          | —     | soir. . . . .   | 101°,2 |
| 10         | —     | matin . . . . . | 99°    |
| 10         | —     | soir. . . . .   | 100°   |
| 11         | —     | matin . . . . . | 100°   |
| 11         | —     | soir. . . . .   | 103°   |

Un jour, il eut un frisson violent suivi d'une fièvre à allure pyohémique. Il mourut bientôt et à l'autopsie on trouva que le foie était très gros de 12 pouces et demi verticalement ; sa substance était farcie de masses cancéreuses. Il n'y avait pas de péritonite. Le testicule était infiltré de cancer. Le cœur et les autres organes étaient sains. Ce cas, dit Murchison, est assez difficile à interpréter, étant donné l'âge du patient. Le diagnostic qui semblait devoir s'imposer était pyohémie du foie. Ce cancer a donc évolué absolument comme une pyohémie. »

Si j'ai traduit plutôt littéralement que littérairement ce cas intéressant, c'est que j'ai voulu montrer dépouillée de toute interprétation cette observation qui ressemble d'une façon si frappante pour le cancer du foie à celle qu'ont publiée MM. Devic et Chatin pour le cancer de l'estomac.

Moxon <sup>1</sup> a relaté un cas analogue. C'était un homme de vingt-six ans qui eut durant sa vie des symptômes forts nets de pyohémie hépatique et dont la température s'éleva plusieurs fois à 103 degrés Fahrenheit. A l'autopsie on trouva un cancer du foie ayant envahi diverses branches de la veine porte. Dans le cas de Murchison les troncs-portes n'étaient point touchés.

M. Aussourd <sup>2</sup>, dans une étude sur l'élévation de la température dans les diverses espèces de néoplasmes, signale deux cas seulement de carcinome, tous deux localisés au foie. L'un a été relaté par Monneret, le second est personnel à M. Aussourd. Les voici tout au long :

<sup>1</sup> Moxon, *Medical Times and Gazette*, 1873.

<sup>2</sup> Aussourd, thèse de Paris, 1882.

OBSERVATION III (Monneret).

Une femme âgée de trente ans, Reboul, bien réglée, d'une constitution robuste et athlétique, éprouve une forte commotion morale dont elle se remet difficilement. De retour à Paris, elle reprend sa profession de domestique et tombe malade dix jours seulement avant son entrée à l'hôpital Necker, qui eut lieu le 7 mars 1854. Il est impossible de faire remonter la maladie au delà de cette époque. Elle éprouve d'abord tous les soirs, vers 3 heures, un accès de fièvre marqué par un frisson, de la chaleur, de la sueur, qui continue pendant la nuit. Elle perd entièrement l'appétit et sent des tortillements douloureux au creux de l'estomac ; la marche et la pression les augmentent ; elle ne cesse cependant de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 7 mars, embonpoint prononcé, coloration rouge du visage ; aucune fièvre dans la soirée. Au moment de la visite, le pouls est à 84 ; décubitus forcé sur tout le côté droit, toute autre position amène une forte douleur ; tuméfaction de l'épigastre et de l'hypocondre droit où l'on sent une tumeur et où se manifeste une douleur vive que la pression augmente ; peau chaude, inondée de sueur, sans la moindre coloration jaune ; céphalagie nulle ; le visage exprime la souffrance, l'intelligence est développée ; langue chargée d'un enduit épais, soif vive, perte absolue de l'appétit, selles naturelles ; le foie mesuré présente une augmentation considérable de volume.

Le 8, la journée a été meilleure ; moins d'anxiété ; la douleur hépatique n'a que faiblement diminué à l'épigastre ; elle enchaîne les mouvements du thorax, s'étend à l'épaule droite et dans le bras droit où se sont montrés des mouvements convulsifs occupant les doigts de la main et les muscles de l'avant-bras.

Même état des organes digestifs, soif toujours vive, vomiturations, peau chaude et moite pendant la nuit, urine sédimenteuse, sans matière colorante, épistaxis, syncope après la saignée, dont le caillot n'offre aucun rudiment de couenne.

Le 9, dans la soirée, frisson léger suivi de chaleur et de sueurs, pouls 92, 40 respirations.

Les jours suivants, jusqu'au 12 mars, on observe pendant le jour un mouvement fébrile faible, redoublant pendant la nuit, suivi tantôt de moiteur, tantôt d'une forte sueur. Ce qui frappe surtout dans la malade, c'est le volume du foie qui s'accroît chaque jour ; on le trouve dans l'hypocondre et vers l'épine iliaque droite ; sa surface est inégale, bosselée ; on entend quelques râles muqueux sous-crépitaux, à la base des deux poumons, du droit particulièrement, qui est refoulé vers la cavité pectorale ; la matière des selles provoquées par les purgatifs est fortement colorée par une bile jaunâtre qui paraît s'écouler librement par ses canaux propres. Dans les trois derniers jours seulement de la vie, les sclérotiques se colorent très faiblement en jaune ; toute la peau, en outre, offre la teinte anémique ; un peu d'ascite, les pieds, les bras et la jambe deviennent œdémateux ; on voit des ecchymoses petites et très nombreuses sur les jambes ; le visage s'altère, exprime la crainte, l'anxiété.

15 mars. *Autopsie*. — Sérosité récente dans la cavité du péritoine ; foie énorme remplissant tout le ventre, bosselé, défiguré ; sa substance propre, dégénérée, jaunâtre, réduite à peu de chose en présence de la matière encéphaloïde crue et disséminée partout.

Conduits biliaires et vaisseaux sanguins du foie exempts de toute altération, ainsi que les ganglions, le pancréas, l'estomac et les intestins ; rate repliée de volume ; son tissu normal.

#### OBSERVATION IV (Aussourd).

N..., Henriette, âgée de quarante-neuf ans ; entre à l'hôpital Necker le 9 novembre 1881 ; service de M. Grancher, salle Sainte-Thérèse, lit n° 10.

Pas de maladies antérieures. Habitudes alcooliques. Depuis longtemps, la malade est sujette à des rêves et à des cauchemars ; elle rejette quelques glaires le matin en se levant.

Pas de tremblement ; pas de troubles de la sensibilité.

La maladie actuelle a été précédée pendant trois mois environ de malaises consistant principalement en troubles gastriques peu accusés. La malade n'avait plus d'appétit, éprouvait des nausées sans vomissements ; elle n'a vomi qu'une seule fois de la bile et des glaires le jour de son entrée à l'hôpital. Depuis cette époque, elle ressentait une douleur continuelle, mais peu intense dans le flanc gauche.

7 novembre. — La malade éprouva en se levant une grande lassitude, de la courbature générale et elle eut des frissons toute la journée ; sa douleur du flanc gauche fut un peu plus aiguë et s'étendit dans la région des reins. Le lendemain la situation était devenue plus grave ; il fut impossible à la malade de quitter le lit ; elle entra à l'hôpital le 9 novembre.

À la visite du soir, il existait une fièvre vive, le facies est rouge, très animé ; les yeux brillants ; il n'y a *pas eu de céphalalgie* ; la bouche est mauvaise ; l'haleine légèrement fétide. Inappétence presque absolue surtout depuis deux jours que dure la fièvre ; c'est aujourd'hui que la malade a vomi quelques matières glaireuses avec un peu de bile.

Le ventre n'est pas ballonné ni douloureux, cependant en pressant dans le flanc gauche, on éveille une douleur assez vive. *Pas de gargouillement*. Constipation depuis deux ou trois jours. La malade tousse fort peu, sans cracher. L'examen physique de la poitrine ne fait rien découvrir d'anormal. Rien non plus au cœur.

En somme, le tableau clinique à ce second jour de la maladie se résumait en ceci : *fièvre intense*, survenant brusquement après trois mois de malaises et de troubles gastriques qui paraissaient pouvoir être rapportées aux habitudes alcooliques de la malade.

Avec cela, quelques nausées et un vomissement ; une douleur vague dans le flanc gauche et dans les reins.

10 novembre. — État de la malade sensiblement le même ; fièvre assez vive ; pas d'éruption. Le purgatif a déterminé plusieurs selles abondantes. Urine normale comme quantité et comme couleur. Pas d'albumine.

Les jours suivants, la situation ne se modifie pas sensiblement ; l'examen des viscères pratiqué soigneusement tous les jours donne

les mêmes résultats négatifs ; il n'existe pas toujours de céphalalgie ni de délire ; le sommeil est assez bon, néanmoins la température reste élevée, avec des rémissions matinales plus marquées. Le ventre, qui est toujours douloureux du côté gauche, est le siège de gargouillements qui se produisent indifféremment dans toutes ses parties. Depuis l'administration du premier purgatif, il existe une diarrhée assez abondante, dont les matières communiquent au linge une teinte saumonée.

L'âge avancé de cette femme, le début brusque de sa maladie, l'absence complète de phénomènes cérébraux et de catharre bronchique rendait peu vraisemblable l'hypothèse d'une fièvre typhoïde ; cependant, en l'absence de tout autre diagnostic, ce fut l'idée à laquelle se rattacha M. Grancher.

Dans la nuit du 19, sans que rien dans les jours précédents ou même dans la journée fit prévoir ce dénouement, la malade, qui un quart d'heure auparavant causait avec sa voisine, tomba de son lit sur le parquet et on la trouva morte. La veille encore on avait examiné les urines et l'on n'y avait pas trouvé d'albumine.

*Autopsie.* — Les poumons ne présentent rien de particulier. Le péricarde et le cœur sont sains ; les cavités cardiaques ne contiennent aucun caillot ; pas de coagulations dans les gros vaisseaux artériels ; l'estomac absolument normal ; l'intestin ouvert depuis le pylore jusqu'aux dernières portions du rectum, ne contient aucune trace de lésion, la rate pèse son volume ordinaire et une consistance ferme ; les reins sont sains. Le foie un peu volumineux, mais ayant sa forme normale, contient un certain nombre de noyaux légèrement saillants à la surface. Aussi bien sur la face inférieure, le volume de ces noyaux varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule. Il en existe un au-dessous de la vésicule biliaire qui présente un volume double de ce dernier volume.

Au-dessus de ces noyaux, *le péritoine est intact*. Dans l'*épiploon gastrohépatique* existe trois ou quatre ganglions accolés.

Un accident de préparation ne permet pas de suivre les grosses voies biliaires dans toute leur longueur ; mais il est très probable qu'elles étaient restées perméables, car la partie qui restait attenant auprès n'était ni dilatée, ni obstruée en aucune façon.

D'ailleurs les recherches d'Hanot et Gilbert ont montré que le carcinome du foie pouvait, dans certains cas, être nettement fébrile.

Ces auteurs décrivent même une forme de cancer nodulaire qu'ils ont dénommé *cancer fébrile*; car, dans ce cas la fièvre continue ou rémittente est si violente qu'elle masquerait les symptômes du néoplasme, et qu'on pense à une variole débutante ou à une fièvre typhoïde. La mort est, dans ce cas, exceptionnellement rapide.

Comme on le voit, par cette affirmation appuyée solidement de nombreuses observations, on voit survenir dans le cancer du foie, sans ictère, sans péritonite, sans pyélephlébite, une fièvre des plus intenses; les faits ne peuvent être plus nets.

Même dans les cas de cancer massif à forme lente, Chauffard<sup>1</sup> dit :

« La marche de la température est assez variable, la fièvre, quand elle existe, est vespérale et oscille entre 38 et 39°,5; souvent elle fait défaut et l'amoindrissement des combustions organiques peut même provoquer une véritable hypothermie. »

Il semble qu'en nous appesantissant sur le cancer du foie, nous ayons dépassé notre sujet. Tel n'est point notre avis. D'abord le cancer du foie est généralement lié au cancer de l'estomac et les séparer serait s'exposer à ne voir qu'une partie des symptômes; en second lieu, ce qui dans notre sujet nous semble intéressant, ce sont surtout les phénomènes thermiques occasionnés par la diathèse

<sup>1</sup> *Traité de médecine*. Charcot et Bouchard. Article MALADIES DU FOIE par Chauffard.

cancéreuse et non seulement par le néoplasme de tel ou tel organe.

Ceci dit, entrons maintenant plus particulièrement dans l'étude du cancer stomacal; nous débuterons par l'exposé des observations.

Brown<sup>1</sup> signale un cas de cancer de l'estomac, sans complication; cas où le malade présenta des accès fébriles intermittents.

Le cas publié par Notta<sup>2</sup> ne nous occupera guère, malgré que l'auteur dise que son cancéreux a présenté de la fièvre à type nettement intermittent; l'autopsie n'ayant pas été faite, nous rejetons systématiquement toutes les observations qui se trouvent dans ce cas.

Ricklin<sup>3</sup> a publié une observation du plus haut intérêt et qui montre à quelles erreurs de diagnostic peut donner lieu le cancer latent de l'estomac.

« Tout récemment nous avons observé, dans le service de M. le professeur Germain Sée, un homme qui, pendant les neuf mois passés à l'hôpital, n'a pas présenté d'autres symptômes qu'une décoloration des téguments, de l'anorexie, de la diarrhée et *un mouvement fébrile intense et irrégulier*. Ni vomissements, ni troubles gastriques.

« L'examen minutieux de tous les organes n'a rien fait constater qui permette d'émettre l'hypothèse de quelque néoplasie de mauvaise nature. Aussi M. Grancher porta-t-il le diagnostic de cachexie *a miseria*, et M. Sée celui d'*anémie pernicieuse*.

<sup>1</sup> *New-York med. Record*, 1870.

<sup>2</sup> *Archives générales de médecine*, p. 167, 1886.

<sup>3</sup> *Gazette méd. de Paris*, juin 1877.

« A l'autopsie on trouva simplement et bel et bien un carcinome de l'estomac ».

Ainsi donc voici un exemple de ressemblance frappante entre l'anémie pernicieuse et le cancer de l'estomac. Nous y reviendrons plus loin.

Hampeln (*Zeitschrift für klinische Medicine*, 1883) a publié un mémoire original où il s'occupe de la fièvre dans le cancer gastrique; ce mémoire contient trois observations personnelles qu'on peut résumer ainsi :

#### OBSERVATION V, VI ET VII

1<sup>er</sup> cas : Homme de cinquante-sept ans, admis le 4 février 1883 à l'hôpital de Riga. Souffrait depuis deux mois, tous les trois jours, d'accès fébriles avec frisson, chaleur et sueur. Il paraissait bien portant, cependant la coloration de son visage était malade et anémique. Fonctions digestives normales. Pendant son séjour à l'hôpital, il survint treize accès de fièvre avec frissons, chaleur et sueur. On crut à une suppuration cachée, périsplénique probablement. Ponction négative de la rate. Le patient sortit de l'hôpital et y revint le 3 juin de la même année accusant des douleurs d'estomac et des vomissements. Amaigrissement considérable et anémie. Tumeur qu'on sentait dans la région épigastrique, accès fébriles répétés. A l'autopsie, carcinome médullaire ulcéré de la paroi postérieure de l'estomac. Foi normal. Pas de suppuration.

2<sup>e</sup> cas : Homme de cinquante-trois ans, admis le 17 juillet 1883. Depuis six semaines il souffrait de vomissements, et, depuis deux semaines, d'accès fébriles quotidiens avec frissons, chaleur et sueur. Bon état général. Tumeur épigastrique. Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre, date de la mort, il eut des accès fébriles à diverses reprises. A l'autopsie : Cancer médullaire ulcéré de l'estomac, adhérences de celui-ci au foie. Noyaux secondaires dans le foie, le pancréas et les ganglions mésentériques. Pas de suppuration.

3<sup>e</sup> cas : Femme de quarante ans entrée le 22 août 1887. Antécédents héréditaires sans importance. A toussé à plusieurs reprises et a craché un peu de sang il y a dix ans. Depuis cinq ans, souffrait de douleurs épigastriques, avec diminution de l'appétit sans nausées ni vomissements. Dans ces derniers temps ces symptômes ont diminué. Depuis six mois, elle a remarqué la présence d'une tumeur dans le ventre, au-dessus de l'ombilic et souffre du ventre et de la poitrine. Jamais d'hémorragie gastrique ou intestinale. Toux légère ayant amené deux fois seulement des vomissements. Ne tient pas le lit, mais depuis un an a beaucoup maigri, grande faiblesse. Règles normales. La malade se plaint souvent de fièvre intense survenant par accès depuis sept mois presque toutes les deux nuits, vers 2 heures du matin, avec les trois stades classiques. Pendant les accès, soif vive, céphalée intense. Dans les intervalles, sensation de bien-être. Au moment de l'entrée, l'aspect de la malade est plutôt celui d'une phtisique que d'une cancéreuse. Peau élastique, un peu d'œdème péri-malléolaire. Le bruit respiratoire est affaibli du côté droit. Râles secs peu abondants dans les deux fosses sus-claviculaires. Cœur normal. Pas de météorisme. La tumeur abdominale située à gauche et au dessus de l'ombilic prend part aux forts déplacements du diaphragme. Elle est dure et est le siège de battements; à son niveau on entend un souffle systolique. Rien aux autres viscères. Pas de bacilles dans les crachats.

Pendant les quatre mois de séjour à l'hôpital, les accès fébriles furent le principal symptôme. Ils furent d'une intermittence irrégulière. La température atteignait 40 ou 41 degrés, parfois même 42 degrés et après cinq ou six heures d'abondantes sueurs tombait à 36 ou 37 degrés. Il s'écoulait entre les accès tantôt un seul jour, tantôt plusieurs (jusqu'à 7), pendant lesquels la malade se trouvait très bien. L'appétit fut longtemps bon, la digestion régulière et normale, sans vomissement. Les râles disparurent, néanmoins la malade perdit 10 kilos de son poids. Au bout d'un mois survinrent par accès des douleurs violentes au niveau de la tumeur, si violentes que les injections de morphine ne les calmaient pas. Deux mois après, les douleurs devinrent permanentes et plus violentes.

Un chirurgien appelé pensa à une suppuration. On transporta la malade dans un service de chirurgie (décembre 1887). Là les accès fébriles se répétèrent tous les jours en même temps que les accès douloureux. Une incision exploratoire fut faite, sans résultat. Huit jours après l'opération, elle mourut d'épuisement. Les dix derniers jours point de fièvre, les quatre derniers, hypothermie.

Autopsie, péritoine normal, sans épanchement. Tumeur de la région pylorique d'aspect colloïde et détruite en grande partie; à la petite courbure adhérait un paquet ganglionnaire de la grosseur du poing de consistance gélatineuse. Ganglions rétropéritonéaux dégénérés. Aucuns noyaux métastatiques. Nulle part de suppuration. Dans le lobe supérieur du poumon gauche, près du hile, noyaux caséux péribronchiques à périphérie indurée et scléreuse, Au microscope, la tumeur fut reconnue pour un carcinome gélatineux myxomateux.

M. Kohler (cité par le *Bulletin médical*, du 9 mars 1892) a eu l'occasion d'observer tout récemment le cas suivant :

#### OBSERVATION VIII

Une femme de trente-quatre ans était atteinte d'ictère avec troubles gastro-intestinaux depuis trois semaines, lorsqu'elle fut admise à l'hôpital. Là, on fit les constatations suivantes : le ventre était modérément augmenté de volume, le foie dépassait les fausses côtes de deux travers et demi de doigt ; pas d'ascite; la teneur du sang en hémoglobine était réduite à 20 pour 100 et les globules rouges étaient diminués de moitié comme nombre sans que les leucocytes fussent plus abondants qu'à l'état normal. Les urines ne contenaient rien de particulier, si ce n'est de la bile.

Comme cette femme avait eu des selles sanglantes, on pensa à un ulcère rond du duodénum.

Les 1, 8 et 13 février, après un frisson, la température monta à 40 degrés et plus et revint aussitôt à la normale.

Deux fois on constata de la peptonurie. Le 17, cette femme mourut. A l'autopsie, on trouva un cancer de la tête du pancréas, métastase dans l'estomac et le foie, péritonite au début.

Ditlel (cité par le même journal) dit avoir vu un cas dans lequel, après l'extirpation d'un cancer vésical, il a vu survenir des accès de fièvre sans en avoir trouvé une explication satisfaisante.

L'observation suivante, publiée dans la *Province Médicale*, 1892, est due à MM. Devic et Chatin : le soin avec lequel les auteurs l'ont rapporté en fait pour notre travail un document de première importance.

OBSERVATION IX (Devic et Chatin.)

(Extrait de la *Province médicale*, juillet 1892).

L. J..., âgé de soixante-dix ans, cultivateur, a déjà fait il y a deux ans un séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu, pour une sciatique gauche, qui a du reste bien guéri. Il n'a jamais fait d'autre maladie et n'a cessé son travail qu'il y a quinze jours environ, époque à laquelle a débuté l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Cet homme habite depuis quelques années le canton de Morestel (Isère), où l'on observe quelques cas de fièvre intermittente, mais lui-même n'a jamais éprouvé aucun symptôme qu'on puisse rattacher à une manifestation quelconque de l'impaludisme. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il n'a jamais toussé ni craché de sang et jusqu'à ces dernières semaines, n'a jamais éprouvé de dyspnée. Il a toujours eu un fort appétit ; jamais de diarrhée ni de vomissements.

C'est un homme de constitution robuste, bien musclé, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne. La peau et les muqueuses sont un peu pâles, mais sans aspect cachectique, et depuis trois semaines qu'a débuté la maladie actuelle, le malade prétend n'avoir pas maigri notablement. Il ne se plaint que d'un peu de dyspnée et dit

qu'il a demandé son admission à l'hôpital uniquement parce que depuis quelques semaines il s'est aperçu que ses jambes enflaient. Les membres inférieurs et le scrotum sont en effet le siège d'un œdème mou, gardant bien l'empreinte du doigt et remontant jusqu'à la partie moyenne de l'abdomen. Pas d'ascite. La face est un peu bouffie, pas d'œdème des membres supérieurs. Le cœur est gros, sa pointe bat d'une façon un peu diffuse, dans le cinquième espace ou mieux sous la sixième côte. L'impulsion n'est pas très forte. Les contractions sont régulières, sans faux pas. On n'entend ni souffle, ni galop. Le pouls est régulier, les artères fortement athéromateuses. Dyspnée très modérée au repos augmentant pendant l'effort sans toutefois devenir excessive. L'examen du poumon démontre l'existence d'un emphysème pulmonaire bien accusé. Râles sibilants disséminés partout. A la base droite on trouve en outre des râles humides fins, assez nombreux, sans modification de la sonorité, sans souffle. Les sommets ne présentent rien de suspect. Toux peu fréquente, pas d'expectoration. La palpation et la percussion de l'abdomen sont indolentes et ne révèlent rien à signaler. L'appétit est diminué depuis une quinzaine de jours seulement. Les repas provoquent une augmentation de la dyspnée, sans douleur épigastrique, sans ballonnement notable. Ni diarrhée, ni vomissement. Les urines qui, depuis quelques mois, étaient pâles et très abondantes, sont devenues beaucoup plus rares depuis le début de l'œdème. Elles sont cependant limpides et contiennent une petite quantité d'albumine.

En face des symptômes ci-dessus énoncés, on fait le diagnostic de : artério-sclérose, hypertrophie du cœur, néphrite interstitielle. Le lendemain matin, le malade appela notre attention sur un symptôme qui ne faisait que le confirmer. Presque chaque jour et plusieurs fois par jour, disait-il, il éprouvait dans la région précordiale une douleur sans irradiation, accompagnée d'une sensation d'angoisse. Cette douleur débutait brusquement, durait quelques minutes et cessait brusquement aussi. Elle survenait sans cause appréciable, aussi bien au repos qu'à l'occasion des mouvements, aussi souvent pendant le jour que pendant la nuit. Dans l'intervalle des accès, le malade ne ressentait dans cette

région aucune sensation pénible ou douloureuse, spontanément ou à la pression. Tout portait à croire qu'il s'agissait là de légers accès d'*angor pectoris* dont la fréquence toutefois nous paraissait bien insolite. — Le malade fut soumis au régime lacté et à l'usage de la digitale et de l'iodure.

Pendant les dix jours qui suivirent, les crises diminuèrent, mais l'œdème et la dyspnée ne se modifièrent pas. Le malade se levait tous les jours quelques heures, se promenait malgré notre recommandation dans la salle et se plaignait constamment de n'avoir pas assez à manger. La température rectale prise régulièrement deux fois par jour, oscillait entre 38 et 38°,7. Cette fièvre, nous l'avouons, n'avait que peu attiré notre attention, et nous l'avions, sans y regarder de bien près et sans que l'examen minutieux du malade nous permit de l'affirmer, mis sur le compte d'une de ces nombreuses inflammations séreuses qu'on rencontre si fréquemment chez les albuminuriques et qui évoluent souvent d'une façon tout à fait insidieuse.

Le 14 juin, subitement le malade fut pris d'un accès de fièvre intense caractérisé par des frissons violents et répétés, suivis d'une période de chaleur de plusieurs heures de durée sans sueurs terminales. Les quatre jours suivants le phénomène se reproduisit presque exactement à la même heure. La température normale le matin atteignait le soir 40 degrés. L'accès débutait brusquement vers 1 heure de l'après-midi par des frissons qui duraient une demi-heure environ et se terminaient entre 7 et 8 heures du soir. Les deux derniers accès se terminèrent par des sueurs très abondantes. Ces accès fébriles ne modifièrent pas notablement l'état du malade. Ils ne s'accompagnèrent ni de troubles psychiques, ni de vomissements, ni d'augmentation des phénomènes pseudo-angineux. A la fin de l'accès, le malade ne paraissait pas très abattu. Au moment où la température était le plus élevée, le facies était vultueux, le pouls à 140, toujours régulier, la respiration accélérée, rien de plus. Jamais le malade n'eut après les accès ni herpès *labialis*, ni aucune éruption, ni augmentation de volume de la rate. Ces deux derniers symptômes, l'heure à laquelle les accès débutaient, l'échec complet de la quinine administrée à forte dose dès le premier accès

et à la fin de chacun d'eux, les renseignements fournis par le malade sur ses antécédents pathologiques, tout cela nous permit d'éliminer l'idée d'une fièvre paludéenne. Hâtons-nous d'ajouter que nous n'avons pas pratiqué la recherche de l'hématozoaire de Laveran dans le sang.

Ayant abandonné l'idée d'une fièvre paludéenne, nous étions amenés à rapporter ces grands accès fébriles à une suppuration interne, cachée. L'examen quotidien et minutieux des organes thoraciques et abdominaux nous donnait des résultats négatifs. Notre attention s'était particulièrement portée sur les voies urinaires. L'urine examinée chaque jour était limpide, sans dépôt d'aucune espèce, sans pus, albumineuse au même degré que précédemment. Le toucher rectal ne nous apprit rien. Le tégument cutané, les muqueuses accessibles n'étaient le siège d'aucune plaie. Aucune tuméfaction ganglionnaire. Pendant cette période où un examen approfondi du malade fut fait chaque jour dans le but de rechercher le siège de cette prétendue suppuration interne, l'abdomen fut souvent palpé et jamais le malade n'y accusa la moindre douleur, jamais la palpation ne nous révéla l'existence d'une tuméfaction quelconque. Pour ce qui concerne l'abdomen, la seule chose qui fut notée, c'est un certain degré de météorisme qui rendait l'exploration de la région plus difficile que les premiers jours.

Le cinquième jour, le 18 juin, l'accès fébrile fut moins intense que les jours précédents, la température ne s'éleva qu'à 38°,8, et il n'y eut point de sueurs terminales. Les deux jours qui suivirent les grands accès fébriles reparurent, en tout point semblables à ceux des jours précédents, sans symptômes nouveaux.

Le 21 juin, le malade se plaignit le matin d'une douleur au niveau du nez. Le soir débutait un érysipèle qui ne tarda pas à envahir toute la face. Cet érysipèle parut bénin les premiers jours, il n'y eut ni délire, ni vomissement, ni tuméfaction ganglionnaire considérable. La fièvre prit le type continu avec légère exacerbation vespérale, mais ne fut jamais considérable. La face seule fut envahie.

Le 24 juin, l'après-midi, l'état général qui était resté bon jusque-là devint subitement grave, le pouls filiforme, le malade tomba dans le collapsus et mourut à 11 heures du soir.

|                      |   |   |   |        |       |
|----------------------|---|---|---|--------|-------|
| 7 juin, Température. |   |   |   |        | 38°,7 |
| 8 juin               | — | . | . | matin. | 38.2  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.7  |
| 9 juin               | — | . | . | matin. | 38.3  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.5  |
| 10 juin              | — | . | . | matin. | 37.9  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.6  |
| 11 juin              | — | . | . | matin. | 37.5  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 37.9  |
| 12 juin              | — | . | . | matin. | 38.9  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.0  |
| 13 juin              | — | . | . | matin. | 37.5  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.0  |
| 14 juin              | — | . | . | matin. | 37.6  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.2  |
| 15 juin              | — | . | . | matin. | 37.8  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.0  |
| 16 juin              | — | . | . | matin. | 37.8  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.3  |
| 17 juin              | — | . | . | matin. | 37.2  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.5  |
| 18 juin              | — | . | . | matin. | 37    |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.8  |
| 19 juin              | — | . | . | matin. | 37.9  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.0  |
| 20 juin              | — | . | . | matin. | 37.8  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 40.3  |
| 21 juin              | — | . | . | matin. | 38.9  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 39.5  |
| 22 juin              | — | . | . | matin. | 38.8  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 39.4  |
| 23 juin              | — | . | . | matin. | 38.9  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 39.2  |
| 24 juin              | — | . | . | matin. | 37.8  |
| —                    | — | . | . | soir.  | 38.5  |

*Autopsie faite trente-trois heures après la mort*

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate qu'il n'existe ni ascite ni péritonite d'aucune espèce. Aucune nodosité miliaire carcinomateuse sur les divers replis du péritoine.

L'estomac occupe sa place habituelle, sa direction est normale, il n'est pas notablement dilaté. L'estomac, le duodénum, la rate et le pancréas reliés entre eux par des adhérences solides sont enlevés ensemble. La simple palpation permet alors de constater, à travers les parois, que l'estomac est le siège de deux tumeurs, dont l'une est située un peu à droite de la partie médiane, l'autre plus grosse paraissant occuper tout le fundus et adhérant intimement à la rate qui est elle-même fortement adhérente au diaphragme sur une assez grande étendue.

On incise l'estomac sur sa face antérieure, à quelques centimètres de la grande courbure et parallèlement à celle-ci. On constate alors que le pylore et le cardia sont intacts. Dans l'intérieur de l'estomac, faisant saillie sur la muqueuse, existent deux tumeurs.

La plus petite est située sur la face postérieure, à peu près à égale distance du cardia et du pylore, un peu plus près de la grande courbure que de la petite. Cette tumeur est constituée par une masse volumineuse, molle, de même couleur que le reste de la muqueuse gastrique et recouverte de nombreuses sugillations sanguines. Elle est ovoïde, à grand axe parallèle à la grande courbure, mesure 7 centimètres  $1/2$  de longueur et 6 de largeur. Son point le plus proéminent s'élève à 4 centimètres au-dessus de la muqueuse. La tumeur a véritablement l'aspect d'un chou-fleur dont la base d'implantation est très dure et mesure environ 3 centimètres de longueur.

La plus grosse est séparée de la première par un espace de 5 centimètres où la muqueuse paraît absolument saine, elle n'est ni ramollie ni mamelonnée. Cette tumeur a une surface ulcérée, elle occupe tout le fundus et les portions avoisinantes des deux faces. L'aspect de cette région est celui d'une vaste ulcération

recouverte de grosses végétations, blanchâtres, molles, anfractueuses, simulant tout à fait un amas de substance cérébrale ramollie. La tumeur a envahi la rate qu'il est absolument impossible de détacher de la grosse tubérosité. Ce qui reste du tissu splénique n'est plus représenté que par un croissant coiffant la grosse tubérosité, ayant à sa partie moyenne 1 centimètre d'épaisseur et à ses extrémités quelques millimètres seulement. Ce reste de rate pèse environ 25 grammes. Tout à fait sous la capsule de la rate qui n'est pas notablement épaissie, on trouve à la partie inférieure deux petits noyaux indurés déprimés, d'un blanc jaunâtre, de la grosseur d'un pois, de forme pyramidale à base dirigée vers la périphérie et qui sont des anciens infarctus.

On incise l'intestin sur toute sa hauteur et on n'y trouve ni ulcération, ni tumeur d'aucune espèce. Les ganglions mésentériques ne sont pas dégénérés, il en est de même des ganglions pelviens, inguinaux, sus et sous-claviculaires.

Le pancréas paraît macroscopiquement sain, nulle part il ne présente de noyaux de dégénérescence.

Le foie pèse 1.800 grammes. Il a tous les caractères les plus nets du foie muscade type, sans sclérose, de consistance peu ferme. Les gros conduits biliaires sont perméables, la vésicule modérément distendue par de la bile jaunâtre. Les ganglions du hile ne sont pas dégénérés et malgré le plus minutieux examen, on ne trouve dans le parenchyme hépatique aucun noyau de généralisation carcinomateuse.

Les reins pèsent chacun 180 grammes. La capsule est un peu adhérente, surtout au niveau des quelques petites cicatrices blanches, étoilées, déprimées, qu'on trouve à sa surface. A la coupe, le tissu est ferme; congestionné. La striation paraît un peu moins nette qu'à l'état normal. Aucun noyau carcinomateux, pas plus que dans les capsules surrénales.

La face antérieure de la colonne vertébrale ne paraît être le siège d'aucune altération.

La plèvre droite contient 100 centimètres cubes environ de liquide citrin, clair, sans exsudat. Pas d'adhérence. Le poumon droit est atelectasié dans sa partie tout à fait inférieure et emphy-

sémateux dans tout le reste de son étendue. La plèvre gauche est vide, libre d'adhérence. Le poumon gauche est emphysémateux, congestionné un peu à sa base. Nulle part dans les deux poumons on ne trouve de foyer d'hépatisation, point d'infarctus, pas trace de tuberculose récente ou ancienne. Les ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas dégénérés.

Le péricarde ne contient point de liquide. Au niveau de la base du cœur, entre les gros vaisseaux, il y a des traces de péricardite ancienne. Plusieurs taches laiteuses sur la face antérieure du ventricule droit. Le cœur débarrassé de ses caillots pèse 500 grammes. Le ventricule gauche a des parois nettement hypertrophiées, sans qu'il y ait dilatation de la cavité. A la coupe, le myocarde a la teinte et la consistance normales. Rien à signaler du côté du cœur droit. Les sigmoïdes aortiques sont fortement athéromateux, rigides, mais il n'y a ni rétrécissement de l'orifice aortique, ni insuffisance des nids de pigeon. La valvule mitrale a sa souplesse habituelle. Les coronaires sont perméables et non rétrécies à leur embouchure. La gauche à 1 centimètre cube environ de son origine présente un dépôt athéromateux bien marqué, mais n'obturant pas complètement la lumière du vaisseau.

Les centres nerveux ne présentaient macroscopiquement aucune altération.

Nous avons cherché minutieusement s'il existait en un point quelconque une suppuration, nous n'en avons trouvé aucune trace, pas plus dans les diverses cavités que dans l'intérieur des parenchymes et de toutes les articulations. Le sujet n'étant pas réclamé, il nous a été possible de lui faire subir toutes les mutilations que nécessitait ce genre de recherche.

Les pièces ci-jointes ont été soumises à l'examen de M. le professeur Tripier, qui n'a pas hésité un seul instant à déclarer qu'il s'agissait d'un carcinome primitif de la grosse tubérosité, avec noyau secondaire de la face postérieure, véritable greffe opérée sur ce point de la muqueuse gastrique. L'examen histologique n'a fait que confirmer cette opinion.

*Examen microscopique.*

1<sup>o</sup> *Tumeur primitive. Rate.* — Le parenchyme splénique envahi par des productions néoplasiques qui se disposent soit en vastes nappes homogènes, soit en traînées perdues au sein des éléments normaux. Les premières présentent une série d'alvéoles limités par des tractus conjonctifs très fins au milieu desquels nagent des débris cellulaires. Au milieu du parenchyme splénique, on remarque de véritables formations cancéreuses figurant soit des tubes, soit des amas pleins dans lesquels la forme cylindre des cellules apparaît très nettement. La tumeur a les mêmes caractères histologiques que la tumeur secondaire.

2<sup>o</sup> *Tumeur cancéreuse secondaire.* — La muqueuse est entièrement détruite. Le tissu cellulaire sous-muqueux très épaissi est envahi jusqu'à la couche musculaire par des éléments néoplasiques. Ceux-ci consistent en cellules très nettement cylindriques, hautes, composées de deux zones, une zone supérieure claire teintée en jaune par l'acide picrique, une zone inférieure rouge foncé, dans laquelle on trouve un noyau ovale, allongé et occupant la portion périphérique de la base de la cellule. Ces cellules sont disposées en foyer ayant le plus souvent la forme de tubes pourvus d'une lumière centrale plus ou moins large. En certains points, elles sont disposées de telle façon qu'elles tapissent les parois d'une loge conjonctive assez large. En ces derniers points l'aspect carcinomateux du néoplasme est extrêmement net. Dans la couche musculaire, l'infiltration des éléments cancéreux s'est produite bien qu'à un faible degré. On voit là surtout une accumulation de cellules embryonnaires disposées entre les faisceaux. L'endo-périartérite est très marquée sur les vaisseaux de la sous-muqueuse dans les points envahis par le néoplasme. En aucun point on ne trouve de tissu cicatriciel pouvant laisser supposer que le néoplasme soit développé au niveau d'un ancien ulcère.

3<sup>o</sup> *Estomac, portion intermédiaire.* — Pas d'autres lésions visibles qu'une atrophie bien marquée de la couche glanduleuse,

dont on ne trouve plus que quelques vestiges. Le tissu sous-muqueux est le siège d'une infiltration de cellules rondes embryonnaires. Pas de trace de foyers néoplasiques.

4° *Cœur*. — On y distingue d'abord une pigmentation très accusée du myocarde, dessinant une série de fibres courtes dont les extrémités sont coupées suivant une ligne brisée plus ou moins rapprochée du gros noyau ovoïde de la fibre. En outre, on trouve des bandes scléreuses assez larges s'étendant entre les fibres musculaires et au niveau desquelles on voit de nombreuses cellules jeunes, c'est-à-dire qu'à côté d'une sclérose interstitielle ne semblant pas orientée par les vaisseaux on rencontre une infiltration embryonnaire récente.

5° *Reins*. — Les espaces conjonctifs sont élargis. Un certain nombre d'entre eux présentent des traces d'inflammation récente.

Les glomérules ont les anses dilatées et élargies ; quelques-uns d'entre eux sont un peu sclérosés, la sclérose consistant en un simple épaissement de la capsule de Bowmann. Les épithéliums des Tubuli ne présentent nulle part de prolifération ni de lésions inflammatoires. On en trouve un certain nombre atteints de nécrose de coagulation.

## OBSERVATIONS INÉDITES

### OBSERVATION X

Service de M. le Dr Clément (Salle Sainte-Jeanne, n° 19).

V..., Camille, terrassier, né à Beauvoir (Isère), âgé de quarante-deux ans, entré le 19 septembre 1888.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires ; à quatorze ans, le malade a fait un séjour de six mois à l'hôpital pour un abcès froid. Un peu d'alcoolisme.

Début apparent de l'affection actuelle à la fin du mois de juin dernier par des vomissements survenant à toute heure du jour et n'ayant pas de rapport avec l'ingestion des aliments, vomisse-

ments muqueux, jamais d'hémathémèses ; pas de mœlena ; perte de l'appétit.

A son entrée (19 septembre), le malade est très maigre et présente un certain degré de cachexie ; les téguments ont une teinte jaune paille pâle. *Apyrexie complète.*

La langue est rouge sur les bords, mais recouverte au centre d'un enduit saburral blanchâtre. Sensation d'amertume dans la bouche. Dégoût pour les aliments. La palpation de l'abdomen est douloureuse au niveau du rebord des fausses côtes, à gauche, près du creux épigastrique ; on sent à ce niveau un empâtement assez manifeste ; il semble y avoir là comme une tumeur (?). Dilatation de l'estomac ; clapotement. Les vomissements sont continuels, trois ou quatre fois par jour. L'examen des poumons ne révèle rien de spécial ; *les sommets semblent bien sains* ; bruits normaux, pouls régulier, pas d'œdème des jambes, pas d'albumine dans les urines.

Au niveau de la dernière vertèbre lombaire, on voit une saillie osseuse, qui semble un vestige d'un mal de Pott guéri.

2 octobre. — La cachexie augmente ; affaiblissement considérable ; vomissements muqueux non alimentaires. A ce moment, la tumeur de l'hypocondre gauche est très manifeste ; elle paraît présenter le volume d'un tiers de mandarine, surgit exactement sous le rebord des fausses côtes, s'abaisse un peu avec le diaphragme ; elle semble dure et squirrheuse.

*Léger état fébrile, plusieurs fois par jour le thermomètre atteint 38° et 38°,2.*

8 octobre. — *La fièvre a plutôt un caractère de continuité ; elle résiste à la cinchonine et à la quinine, ce qui exclut l'élément palustre (hier 38°,4-38°,6).* Vomissements muqueux. La tumeur est surtout douloureuse à la pression.

9 octobre. — A la visite, le malade n'ayant pas même encore mangé, la tumeur est remontée sous les fausses côtes et on ne la perçoit plus. *Température hier, 38°,3.*

11 octobre. — Quelques selles diarrhéiques, bilieuses et foncées, mais non mélaniques.

27 octobre. — Le malade éprouve de violentes douleurs au ni-

veau de la tumeur, douleurs exaspérées par l'ingestion des aliments. Vomissements muqueux fréquents.

Ce malade élimine une grande quantité d'urée, contrairement à la loi de Rommelacre.

20 novembre. — L'aspect devient de plus en plus cachectique. Teint olivâtre, *mais sans ictère*, tantôt on perçoit, tantôt on ne perçoit pas la tumeur.

20 janvier. — Cachexie extrême. Mort.

*Autopsie.* — Immense cancer en chou-fleur occupant la paroi antérieure et ayant une base d'implantation de 8 centimètres de diamètre. L'estomac est dilaté, ses parois sont peu altérées. Rien ailleurs.

Températures durant la maladie :

|                 |          |              |                  |       |      |
|-----------------|----------|--------------|------------------|-------|------|
| 1 <sup>er</sup> | octobre, | Température, | 11 h. 1/2 matin. | . .   | 37.8 |
| —               | —        | —            | 2 h. soir.       | . . . | 38   |
| —               | —        | —            | 5 h. 1/2 soir.   | . . . | 30.2 |
| 2               | —        | —            | 11 h. 1/2 matin. | . .   | 38.3 |
| —               | —        | —            | 2 h. soir.       | . .   | 38.8 |
| —               | —        | —            | 5 h. 1/2 —       | . .   | 38.4 |
| 3               | —        | —            | 5 h. 1/2 matin.  | . .   | 38.1 |
| —               | —        | —            | 8 h. 1/2 —       | . .   | 38.2 |
| —               | —        | —            | 11 h. 1/2 —      | . .   | 38.2 |
| —               | —        | —            | 2 h. soir.       | . . . | 38   |
| —               | —        | —            | 5 h. 1/2 soir.   | . . . | 38.1 |
| 4               | —        | —            | 5 h. 1/2 matin.  | . .   | 37.7 |
| —               | —        | —            | 8 h. 1/2 —       | . .   | 37.8 |
| —               | —        | —            | 11 h. 1/2 —      | . .   | 37.8 |
| —               | —        | —            | 2 h. soir.       | . . . | 37.8 |
| —               | —        | —            | 5 h. —           | . . . | 38.2 |
| 5               | —        | —            | 5 h. 1/2 matin.  | . .   | 37.7 |
| —               | —        | —            | 8 h. 1/2 —       | . .   | 37.7 |
| —               | —        | —            | 11 h. 1/2 —      | . .   | 37.6 |
| —               | —        | —            | 2 h. soir.       | . . . | 37.2 |
| —               | —        | —            | 5 h. —           | . . . | 37.3 |
| 6               | —        | —            | 5 h. 1/2 matin.  | . .   | 37.7 |

|            |              |                 |       |      |
|------------|--------------|-----------------|-------|------|
| 6 octobre, | Température, | 8 h. 1/2 matin. | . .   | 37.4 |
| —          | —            | 11 h. 1/2 —     | . .   | 37.9 |
| —          | —            | 2 h. 1/2 soir.  | . .   | 38.3 |
| —          | —            | 5 h. 1/2 —      | . .   | 38.2 |
| 7          | —            | 5 h. 1/2 matin. | . .   | 38.6 |
| —          | —            | 8 h. 1/2 —      | . .   | 38.4 |
| —          | —            | 11 h. 1/2 —     | . .   | 38.6 |
| —          | —            | 5 h. soir.      | . . . | 38   |
| 8          | —            | 5 h. matin.     | . .   | 37.3 |
| —          | —            | 8 h. 1/2 matin. | . .   | 38.3 |
| —          | —            | 11 h. 1/2 —     | . .   | 38.2 |
| —          | —            | 2 h. soir.      | . . . | 38   |
| —          | —            | 5 h. soir.      | . . . | 38.2 |
| 9          | —            | 5 h. 1/2 matin. | . .   | 37.4 |
| —          | —            | 8 h. 1/2 —      | . .   | 38.2 |
| —          | —            | 11 h. 1/2 —     | . .   | 38.1 |
| —          | —            | 2 h. 1/2 soir.  | . .   | 37.2 |
| —          | —            | 5 h. 1/2 —      | . .   | 37.6 |
| 10         | —            | 5 h. 1/2 matin. | . .   | 37.5 |
| —          | —            | 8 h. 1/2 —      | . .   | 37   |
| —          | —            | 11 h. 1/2 —     | . .   | 37.3 |

#### OBSERVATION XI

Service de M. le Dr Clément

(Salle Saint-Irénée, n° 25. Hospice de la Croix-Rousse).

C..., Antoine, tisseur, âgé de soixante ans, entré le 27 août 1878. Pas d'antécédents pathologiques. Pas d'alcoolisme.

En octobre 1877 (il y a onze mois), cet homme a commencé à ressentir de la douleur le long de l'œsophage chaque fois qu'il mangeait; la présence des aliments dans l'estomac amenait une sensation non moins pénible au niveau de l'épigastre, des renvois nidoreux jusqu'à ce que les matières alimentaires aient quitté l'estomac. Les vomissements amènent un soulagement notable.

Pas de vomissements sanguinolents. La constipation, qui a duré environ trois mois, a cédé la place à une diarrhée aussi persistante. Les selles auraient eu une couleur brun noirâtre, assez accusée.

Actuellement, grand amaigrissement, pâleur des téguments, mollesse des chairs. Œdème des pieds et du scrotum.

Pas d'albumine. Foie normal. Pas de tumeur sensible à l'épigastre.

10 septembre. — Depuis plusieurs jours, les symptômes douloureux du côté de l'œsophage ont disparu; l'ingestion des aliments ne réveille plus d'aussi vives douleurs qu'autrefois. Le foie paraît légèrement diminué de volume. Rien au cœur; souffle systolique dans les vaisseaux du cou. Pas de toux; rien aux poumons. Sang décoloré, un peu de diminution des globules rouges.

23 septembre. — La diarrhée a augmenté, œdème des membres inférieurs.

26 septembre. — La malade n'a plus que quatre ou cinq selles par jour. Urine trouble, rosée; pas d'albumine.

28 septembre. — La diarrhée a diminué. Trois selles par jour; le malade a beaucoup pâli.

1 octobre. — *Ce matin sans cause, frissons répétés suivis de chaleur. A la visite, peau brûlante; température rectale, 39°,9; pouls, 112.*

*Le malade n'a aucun autre malaise; langue sans enduit. C'est le premier accès de fièvre.*

On donne 40 centigrammes de sulfate de quinine.

8 octobre. — *Toujours état analogue; le malade ne souffre nulle part. Appétit presque nul.*

12 octobre. — Le malade se plaint de nouveau d'une douleur fixe au creux épigastrique, exagérée par l'arrivée des aliments. Pas de vomissements alimentaires, quelques rares régurgitations salivaires et glaireuses.

2 novembre. — Depuis deux jours l'état a empiré. *Température rectale, 40 degrés.*

3 novembre. — Dyspnée; pas de cyanose; mort.

*Autopsie.* — Extérieurement, le cardia présente une masse

cancéreuse en forme d'anneau, mesurant environ 5 centimètres de hauteur; l'ouverture de l'œsophage dans l'estomac n'est pas complètement imperméable, mais néanmoins très rétrécie. On ne voit pas d'ulcérations du néoplasme dont le tissu, d'une dureté considérable, crie sous le scalpel.

Poumons sains; rien de particulier aux autres organes.

#### OBSERVATION XII.

Service de M. le Dr Bard (Hospice Saint-Pothin,  
salle Sainte-Marie, n° 7.)

Veuve S. Marie, âgée de quarante-huit ans, entrée le 1<sup>er</sup> août 1889.

Morte le 16 août de la même année.

Père mort de vieillesse, mère morte d'une attaque, jamais aucune affection de l'enfance. Réglée à quinze ans. A seize ans la malade s'est mise à vomir, néanmoins elle digérait assez bien; ces vomissements cessèrent après deux ou trois ans, ils ne sont depuis revenus que de loin en loin au printemps.

Ces derniers temps elle a mangé beaucoup de choses indigestes et buvait un demi-litre par jour de vin de mauvaise qualité, pas de liqueurs, jamais d'eau d'arquebuse.

Il y a cinq mois, presque subitement, la malade a commencé à avoir des renvois très fétides, mais non aigres; parfois immédiatement après elle s'est mise à vomir, les vomissements présentant une odeur infecte, ils revenaient cinq à six fois par jour, surtout le soir. Digestion impossible, sensation de gêne produite par les aliments, ventre ballonné. Depuis deux mois, il existe une constipation opiniâtre. Estomac très dilaté atteignant l'ombilic.

Langue très blanche, la malade a beaucoup maigri. Jamais d'hémathémèse, rien au poumon. Pouls régulier et rapide Rien au cœur; pas d'albumine dans les urines.

*La température atteint 38 degrés.*

2 août. — *La fièvre a continué, la température est montée à 38°,5 et 38°,6.*

3 août. — On donne à la malade de la glace et du naphthol. Les vomissements qui avaient diminué le premier jour sont revenus très intenses, elle a vomi environ 3 litres de liquide fétide alimentaire.

5 août. — *La température du soir est à 38.*

9 août. — Depuis deux jours la malade a des vomissements incoercibles; elle s'affaiblit beaucoup et prend très souvent des syncopes; la température d'élévée qu'elle était est tombée à 36 degrés.

16 août. — Elle a un peu de délire. Mort.

Autopsie. — Poumons. Emphysème. Rien.

Pancréas : rien. — Foie : rien. — Rate : rien. — Reins : rien.  
— Péritoine : rien,

Utérus. — Une dizaine de noyaux cancéreux de la grosseur d'un pois. Masse cancéreuse dans l'ovaire droit et gauche.

Estomac. — Tumeur pylorique.

#### OBSERVATION XIII

Service de M. le Dr Bard (Salle Sainte-Marie, n° 10,  
hôpital Saint-Pothin).

M..., Marguerite, âgée de soixante-dix ans, rentière, entrée le 27 mai 1892, morte le 21 juillet 1892 à 8 heures du matin.

Mère morte d'une tumeur abdominale, père inconnu. Réglée à dix-huit ans, ménopause à trente ans; pertes blanches assez fréquentes.

Il y a un an, hémathémèse abondante de sang rouge et le même jour mœléna; en même temps douleurs abdominales empêchant la marche; œdème des jambes, son ventre a commencé à grossir depuis ses premières hémorragies; elle a toujours été essoufflée depuis. Pas de toux, pas d'expectoration, peu de dyspnée.

L'appétit est nul, elle ne peut manger la viande, non qu'elle ait pour elle un véritable dégoût, mais parce qu'elle la trouve trop dure.

Actuellement il n'y a pas de vomissements, mais il y a trois ou quatre ans, ils étaient très fréquents. La constipation est habituelle, la soif continuelle. Depuis son entrée elle ne peut uriner sans qu'on la sonde.

L'abdomen est volumineux tendu et très douloureux, la palpation est très pénible et ne montre rien d'anormal. Le foie est augmenté.

Le toucher vaginal est rendu impossible par une membrane hymen qui paraît intacte. Paquet hémorroïdal volumineux.

La cachexie est grande, l'amaigrissement considérable, pâleur cirreuse de tous les téguments. L'œdème a beaucoup diminué.

7 juin. — Le sang contient 30 pour 100 d'hémoglobine et 4.300.000 de globules rouges. La malade interrogée à nouveau est très affirmative sur l'absence d'antécédents pathologiques avant son hémathémèse.

7 juillet. — L'abdomen est plus saillant, l'exploration est difficile, *l'estomac n'est pas dilaté*, il n'est pas survenu de nouveaux vomissements depuis le début de la maladie. L'exploration de l'épigastre permet de sentir une masse indurée qui occupe toute la région épigastrique et se prolonge assez loin à gauche sous la forme d'un bourrelet, transversal. Le maximum de la douleur à la pression épigastrique siège assez à gauche de la ligne médiane.

La malade a présenté de la diarrhée à diverses reprises.

Le pouls est régulier, petit, assez fort, il marque 19 au sphygmomatromètre. *Elle présente une fièvre à type irrégulier.*

15 juillet. — Lavage d'estomac ramenant deux ou trois caillots sanguins. Œdème des membres inférieurs, appétit nul, pas de vomissements, mais diarrhée constante.

18 juillet. — Langue sèche, lisse, léger œdème du dos des mains.

21 juillet. — Mort.

Voici quelle a été la marche de la température qui a été très exactement prise deux fois par jour :

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 28 avril matin . . 37°8 | 12 avril matin . . 38.1 |
| — soir. . . 38.5        | — soir. . . 38.1        |
| 29 — matin . . 37.6     | 13 — matin . . 37.9     |
| — soir. . . 38.9        | — soir. . . 38.1        |
| 30 — matin . . 38.3     | 14 — matin . . 38.6     |
| — soir. . . 38.4        | — soir. . . 38          |
| 31 — matin . . 38       | 15 — matin . . 37.7     |
| — soir. . . 38.2        | — soir. . . 38.3        |
| 1 mai matin . . 37.6    | 16 — matin . . 37.6     |
| — soir. . . 38          | — soir. . . 37.9        |
| 2 — matin . . 37.6      | 17 — matin . . 37.6     |
| — soir. . . 38.2        | — soir. . . 37          |
| 3 — matin . . 37.6      | 18 — matin . . 37.3     |
| — soir. . . 37.5        | — soir. . . 38          |
| 4 — matin . . 37.4      | 19 — matin . . 37.7     |
| — soir. . . 37.5        | — soir. . . 38          |
| 5 — matin . . 37.6      | 20 — matin . . 37       |
| — soir. . . 37.8        | — soir. . . 37.6        |
| 6 — matin . . 37.6      | 21 — matin . . 37       |
| — soir. . . 37.7        | — soir. . . 38.2        |
| 7 — matin . . 37.8      | 22 — matin . . 37.6     |
| — soir. . . 38          | — soir. . . 38.2        |
| 8 — matin . . 37.8      | 23 — matin . . 37.5     |
| — soir. . . 38.2        | — soir. . . 38.3        |
| 9 — matin . . 37.4      | 24 — matin . . 37.9     |
| — soir. . . 38.4        | — soir. . . 38.5        |
| 10 — matin . . 37.8     | 25 — matin . . 37.8     |
| — soir. . . 38.3        | — soir. . . 38.8        |
| 11 — matin . . 37.6     | 26 — matin . . 38       |
| — soir. . . 38.4        | — soir. . . 38.6        |

C'est avec des variations semblables que la malade va jusqu'à la fin de sa maladie.

*Autopsie.* — Cancer de l'estomac, anneau incomplet de la région moyenne partant de la petite courbure néoplasme musculaire de l'utérus, légère hydronéphrose droite.

OBSERVATION XIV

Service de M. le Dr Clément (Salle des Troisièmes-Femmes, n° 44).

B... Marie, âgée de quarante-neuf ans. Pas d'antécédents. Réglée à quatorze ans. Ménopause il y a un an. Pas de maladies antérieures. Cinq enfants, trois morts tuberculeux. Vomissements depuis un an. Constipation. Pas d'hémorragie. Urines rares et noires. Vertiges, bourdonnements d'oreilles, insomnie. Vomissements répétés depuis son entrée à l'hôpital. Bouche amère. Pas de fièvre. Albumine dans l'urine.

25 septembre. — La malade paraît atteinte d'un état fébrile continu. La rate est très hypertrophiée et mesure au moins 14 centimètres de diamètre. Langue effilée. On donne 4 grammes d'antipyrine.

26 septembre. — Température du matin, 38°,6.

28 septembre. — La rate tend à diminuer, la langue est rouge, léger épistaxis. *Deux grands vomissements.*

3 octobre. — La température baisse par oscillations descendantes. La malade a toujours des vomissements dès qu'elle prend quelque chose.

5 octobre. — Depuis hier la température se maintient au-dessous de 38 degrés. Persistance des vomissements.

9 octobre. — Reprise de la température, 39°,6 avant-hier, 39 degrés hier, 38°,2 ce matin. Pas de douleurs autres que les vomissements.

13 octobre. — 38°,8 hier soir, 37°,9 ce matin. Vomissements bilieux et alimentaires.

15 octobre. — Depuis deux jours, apyrexie.

20 octobre. — L'apyrexie se maintient. Les forces diminuent. Vomissements incoercibles, bilieux et alimentaires. Muguet lingual. Douleurs épigastriques. On ne sent pas de tumeur. Œdème des jambes.

28 octobre. — La malade meurt. On trouve à l'autopsie un carcinome de l'estomac sans généralisation.

Citons enfin un cas tiré de la thèse de Chesnel sur le cancer latent de l'estomac; c'est l'observation qui porte le numéro XL.

Femme Barousset, soixante sept ans, née à Toulon, entre le 6 novembre 1874, salle Sainte-Anne n° 28 (hôpital Necker). Elle a été fort malheureuse; après avoir vécu dans une bonne position elle a été abandonnée par son fils dans ses dernières années. Il y a cinq ans hémiplegie gauche légère à la suite d'une attaque d'apoplexie; depuis, embarras de la parole et décadence graduelle de l'intelligence, la malade est démente.

Ce qui frappe surtout, c'est un état d'anémie profonde avec décoloration et teinte cireuse de la peau; qui tout d'abord fait penser à un cancer. Néanmoins, l'examen le plus attentif des divers viscères n'apprend rien à cet égard; il y a seulement un peu de douleur à l'épigastre au moment où on appuie sur cette région; rien d'utérin.

7 octobre. — Hématémèse.

Les jours suivants, la malade perd de plus en plus connaissance, délire constamment. *La fièvre s'allume* et elle meurt le 11 sans vomissements nouveaux.

*Autopsie.* — Cancer ulcéré, fongueux, limité exactement à la petite courbure de l'estomac et laissant libre le pylore; ce qui explique l'absence de vomissements. Pas de généralisations au foie ni aux poumons. A peine les ganglions les plus voisins sont-ils envahis. Les autres organes sont plus altérés.

Au cerveau pas de ramollissement.

Une première remarque à faire, et dont nous avons déjà dit un mot est relative à l'observation de Ricklin. Nous voyons un cancer latent et fébrile de l'estomac, simuler une anémie pernicieuse d'une façon tellement complète que des médecins les plus distingués s'y sont trompés.

Or, plusieurs auteurs se sont attachés à montrer que l'hyperthermie est un élément capital de diagnostic, et qu'elle permet presque d'affirmer l'anémie. On voit qu'il faut en rabattre et que ce signe n'a guère de valeur.

Nous venons de voir un certain nombre d'observations, prises chez des cancéreux de l'estomac, présentant des phénomènes thermiques et qui, au premier abord, peuvent être classés sans hésitation dans le type dit : « fièvre essentielle ». Peut-on l'affirmer d'une manière absolue ?

Il est un assez grand nombre de cas, où, à première vue, il semble que la fièvre soit nettement essentielle ; pas de grandes complications, pas de noyaux secondaires volumineux. Cependant souvent alors il existe une généralisation où une maladie intercurrente soit distincte du cancer, soit occasionnée par lui-même. Elle ne se révèle pas à l'extérieur par des symptômes tranchés et bien apparents, ce sont pour ainsi dire des maladies latentes, cachées en partie par les phénomènes gastriques du cancer. Parfois même à l'autopsie les lésions sont peu apparentes, et c'est seulement par des recherches délicates d'anatomo-pathologie qu'on se rend compte de la véritable cause de la fièvre.

Il est dès lors difficile d'affirmer que, dans les observations de fièvre essentielle, il ne se trouve pas une de ces complications latentes qui ont échappé à l'observateur.

Il est une cause assez généralement méconnue et qui cependant doit jouer un certain rôle dans les phénomènes que nous étudions : je veux parler de la dilatation d'estomac.

Un cancer du pylore resserre petit à petit cet orifice et

s'oppose aussi au libre passage des aliments dans le duodénum. L'estomac lutte d'abord, mais bientôt vaincu, il se laisse distendre.

Avec cela le cancer développe ainsi que l'ont montré Albert Mathieu et Lorenz des lésions de gastrite intersticielle et épithéliales. Les ulcérations qui en sont la conséquence sont une porte toujours ouverte aux divers microbes qui pullulent dans la région supérieure du tube digestif. Ajoutez que, dans ce milieu dilaté et le plus souvent anachlorhydrique, il se développe une flore microbienne de la plus grande intensité.

Les recherches de Bouchard et de son élève Legendre ont montré (thèse de Paris, 1886) que dans certains cas la simple dilatation d'estomac suffit pour amener une élévation de température assez considérable.

Albert Mathieu (*Traité de médecine*, Charcot et Bouchard) dit :

« Les poussées d'embarras gastrique fébrile ne sont pas rares chez les dilatés. »

Nous pouvons donc grouper ainsi les causes de la pyrexie : 1° Dilatation simple d'estomac sans ulcération ; 2° Dilatation avec ulcérations gastriques de l'estomac ; par ces plaies les produits bactériens, les toxines septicémiques, la pyohémie s'introduisent dans le sang ; 3° Dilatation de l'estomac avec cancer ulcéré. La plaie cancéreuse devient à son tour une plaie absorbante et peut-être sécrétante, en tout cas les toxines élaborés par la néoplasie sont versées dans le torrent circulatoire, charriés par la veine porte au foie où ils peuvent être le point de départ d'un ictère infectieux ; promenées dans le cœur où, comme dans l'observation si intéressante de von Jacksh

que nous transcrivons plus loin, ils peuvent donner lieu à une endocardite grave.

Dans un estomac cancéreux non dilaté, on trouve de même les ulcérations diverses signalées plus haut, et à part les toxines propres à la dilatation, tous les autres poisons organiques peuvent être également absorbés.

Hanot (*Annales de médecine*, 1892) a publié un cas fort net de gastrite cancéreuse *septicémique*, d'autres observations de gastrite cancéreuse et *phlegmoneuse* ont été aussi relatées. Ces faits bien étudiés viennent apporter une preuve à ce que nous venons d'avancer.

Ce que nous avons dit de l'estomac peut se répéter pour toutes les portions du tube digestif.

On voit donc combien sont complexes les causes d'hyperthermie, et nous pensons que le diagnostic de fièvre essentielle ne doit être établi qu'après bien des réserves.

Cependant, il est des cas, et l'observation de MM. Devic et Chatin en est un bon exemple, où malgré toute l'attention apportée, soit à l'examen du malade, soit à l'autopsie, il est impossible de découvrir aucune complication. Force est donc de chercher une autre explication.

La première question qui se pose est celle-ci : la tumeur développe-t-elle des produits toxiques ? et dans ce cas y a-t-il des toxines pyrétogènes ?

Nous savons d'après les recherches de Gley et Charrin, et la lymphe de Koch en est un exemple probant, que certains de ces poisons sécrétés dilatent les vaisseaux et élèvent la température. Grâce à cette vaso-dilatation, le sérum s'échappe en grande quantité ; ne serait-ce point à cette action que serait dû l'œdème qui apparaît si fréquemment dans le cancer ?

Adamckiewicks (*Wiener med. Blatt*, n° 23, 1890) a retrouvé en étudiant les tumeurs un produit toxique, poison de la moelle, amenant des phénomènes divers, parmi lesquels on doit citer la mydriase et des phénomènes tétaniformes; Klemperer (*Berliner Wochenschrift*, 1890) croit également, ainsi que nous le verrons plus loin, à la sécrétion de toxines.

Peut-être aussi, n'avons-nous affaire qu'à une simple résorption des produits putrides produits par la désintégration de la tumeur ulcérée, ou élaborée dans un milieu stomacal, essentiellement fait pour la pullulation des microorganismes. Quoi qu'il en soit, nous ne possédons aucun fait probant pour appuyer ces théories, et il est prudent avant d'en adopter une, d'attendre de nouvelles recherches.

---

### CHAPITRE III

#### Coma cancéreux.

Le coma cancéreux, si intéressant à plusieurs points de vue, est assez mal connu; aussi la plupart des livres classiques sont-ils muets à son égard.

Behier, dans ses cliniques, insista plusieurs fois sur ce phénomène; mais aucun travail ne parut sur ce sujet, avant le remarquable mémoire de von Jacksh (*Wiener Wochenschrift*, 1883).

On voit des malades affectés du cancer de l'estomac à une période relativement précoce, possédant encore un état physique assez bon, une musculature bien développée, n'étant point cachectiques, qui tout à coup tombent dans le coma et meurent. Von Jacksh en signale quatre cas; dans tous, il rencontra une acétonurie très intense, tous ces malades succombèrent avec des symptômes simulant à s'y méprendre ceux du coma diabétique.

Nous allons résumer une de ces observations, qui, ainsi qu'on le verra, présente un grand intérêt; ce cas s'est présenté dans la clinique du professeur Nothnagel.

F..., R..., quarante-huit ans, entrée à la clinique le 3 octobre 1882. La patiente dit n'avoir jamais encore été malade. A la Pentecôte 1882, perte brusque de l'appétit, douleurs au creux épigastrique, nausées répétées. Pas de vomissements.

Quatre semaines après son entrée à l'hôpital, premier vomissement de couleur verdâtre et de saveur amère, selles peu fréquentes.

6 novembre. — La malade est assez grasse, face rouge; à la face interne de l'avant-bras droit et gauche, taches rouge-bleuâtre ne disparaissant pas à la pression.

Mêmes taches à l'épaule, aux mamelles, et aux cuisses.

Pas de tumeur perceptible à l'abdomen; pas de modifications microscopiques du sang. *Pas de sucre*; pas d'albumine dans l'urine. En revanche, beaucoup d'acide diacétique, beaucoup d'acétone.

7 novembre. — Vomissements bilieux, pas de selles depuis quatre jours.

11 novembre. — Taches hémorragiques au sacrum; vomissements répétés. Urine : volume 500, densité de 1019 à 1026.

Beaucoup d'acétone et d'acide diacétique.

21 novembre. — La malade tombe dans une somnolence invincible. Pouls 102. Respiration 26.

22 novembre. — La malade est de plus en plus somnolente; un peu de dyspnée.

23 novembre. — La malade est tout à fait dans le coma. Pouls filiforme, respiration très fréquente.

24 novembre, 10 heures du matin. — La malade est dans un coma complet, le regard dans le vide, les yeux brillants. Pouls 120. Traces d'albumine. Beaucoup d'acétone et d'acide diacétique.

24 novembre, 3 heures du soir. — Respiration de Cheynes. Stokes. Pouls petit à peine perceptible.

24 novembre, 11 heures. — Respiration sonore et gémissante.

25 novembre. — Mort dans le coma.

*Autopsie.* — Sur le tronc et à la moitié supérieure des cuisses taches bleuâtres de la grosseur d'une tête d'épingle; au pourtour des mamelles et sur les bras, larges taches jaunes verdâtres.

A l'ouverture du crâne, il se dégage une forte odeur d'acétone, substance cérébrale anémiée, membranes délicates et pauvres en sang.

Plèvre épaissie et garnie de nodules miliaires cancéreux forts, délicats ; les poumons sont denses et parsemés de nodules cancéreux.

Le cœur est graisseux, son tissu est jaunâtre et dégénéré, valvules relâchées ; au sommet des deux mitrales, excroissances rougeâtres, presque grosses comme des pois. Rate petite, affaissée rouge sombre, infiltrée.

Estomac petit, contracté, à parois rigides, péritoine infecté le long de la petite courbure ; épiploons injectés ; cancer étendu de l'estomac qui a déterminé de très nombreuses métastases miliaires dans divers organes.

Reins complètement sains.

En somme : *carcinome encéphaloïde diffus du ventricule propagé à l'œsophage et au duodénum ; propagation secondaire au poumon, à la plèvre et à l'endocarde.*

De ces faits, nous devons retenir les symptômes suivants :

1° La malade a présenté de la respiration de Cheynes-Stokes ;

2° Un coma profond ;

3° De l'acétonurie.

« On peut avec raison, conclut von Jacksh, supposer que le coma diabétique et le coma carcinomateux ont une certaine connexion puisque leurs symptômes sont identiques. Pour cet auteur, cet état est causé par une intoxication produite par l'acide diacétique.

L'opinion du médecin autrichien n'a pas été universellement acceptée, Riess et Senator étudièrent plusieurs

cas de coma dans lesquels il leur fut impossible de retrouver l'acétone et l'acide diacétique.

Oppenheim (*Charité-Annalen*, 1888), ne les retrouve pas non plus.

Pour Klemperer (*Berliner Wochenschrift*, 1890), qui a publié un long et intéressant travail sur les analogies du coma diabétique et du coma cancéreux, ce n'est point dans l'acide diacétique qu'il faut rechercher la cause de l'intoxication du sang.

Il montre que, dans un assez grand nombre de cas, on ne trouve chez les comateux ni acétone, ni acide diacétique et cependant les symptômes se déroulent dans le même ordre que dans l'observation de von Jacksh.

En injectant dans le sang des animaux de la phlorizidine, il est arrivé à produire un diabète et un coma expérimental.

C'est par une action analogue, par un poison du sang sécrété par la tumeur elle-même, et non par l'alcalinité de ce sang que le malade tombe dans le coma.

Comme on le voit, l'accord est loin d'être fait sur la pathogénie du coma cancéreux, mais comme il nous semble qu'un seul fait positif infirme bien des faits négatifs, nous pouvons conclure :

*Il existe des cas où des cancéreux de l'estomac tombent dans un coma identique au coma diabétique ; chez certains d'entre eux l'urine renferme de l'acétone et de l'acide diacétique.*

---

## CONCLUSIONS

---

De l'exposé qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. La fièvre n'est pas un phénomène aussi rare que le disent les auteurs dans l'évolution du cancer de l'estomac.

II. Elle est parfois due à des maladies intercurrentes dont les principales sont : la tuberculose, l'érysipèle, le rhumatisme, la grippe, la fièvre typhoïde.

III. Plus souvent elle est le fait du cancer lui-même, non par les toxines sécrétées par la néoplasie elle-même ; mais par les inflammations et les complications de diverse nature amenée par la pullulation des noyaux cancéreux (bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies, péritonites, méningites, péricardites, endocardites, pyéléphlébites).

IV. Les péritonites partielles qu'on trouve si souvent à l'autopsie (pneumonie gastro-hépatique et pneumonie gastro-splénique, etc.), donnent la clef de ces élévations passagères de température survenues dans le cours du cancer de l'estomac.

V. Le cancer du pylore peut amener des complications fébriles par une cause purement mécanique : la sténose du pylore provoque alors la dilatation de l'estomac et avec elle son cortège symptomatique.

VI. On trouve parfois dans le cancer de l'estomac des ulcérations gastritiques nombreuses qui sont une porte d'entrée à la septicémie et à la pyohémie.

VII. Dans certains cas la fièvre semble indépendante des lésions inflammatoires de voisinage et paraît devoir être rattachée aux produits pyrétogènes par la néoplasie elle-même : c'est la fièvre essentielle.

Elle peut être intermittente ou continue.

VIII. La fièvre ne peut servir, ainsi que l'ont avancé certains auteurs, au diagnostic différentiel entre l'anémie pernicieuse et le cancer latent de l'estomac.

IX. L'importance diagnostique de la fièvre dans le cancer de l'estomac est nulle, puisqu'elle peut induire en erreur en l'absence des signes ordinaires de la maladie.

X. Il existe des cas de coma cancéreux ressemblant singulièrement au coma diabétique : dans l'un comme dans l'autre on trouve dans l'urine de l'acétone et de l'acide diacétique.

*Vu, bon à imprimer :*  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
BONDET.

*Vu, bon à imprimer*  
LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu, bon et permis d'imprimer :*  
LE RECTEUR,  
E. CHARLES.

---





